

UNIVERSITE PARIS VIII Vincennes -
Saint Denis

*PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET
PATHOLOGIQUE*

APPROCHE
ETHNOPSYCHIATRIQUE DE
LA TRANSSEXUALITE

QUE SONT DEVENUES LES PERSONNES
REASSIGNEES ?

Mémoire de D.E.A.

Sous la direction du Professeur Tobie NATHAN

Jean-Luc Swertvaegher

Septembre 1999

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION et ORIENTATION | 4 |
| <i>Le thème et le cadre de recherche.</i> | 5 |
| <i>Etat des lieux des recherches sur la question.</i> | 9 |
| CHOIX METHODOLOGIQUES | 32 |
| <i>Constats de départ et choix méthodologiques.</i> | 33 |
| <i>La construction du dispositif de recherche.</i> | 37 |
| INVESTIGATIONS CLINIQUES et RECUEIL DES DONNEES. | 51 |
| <i>Présentation du travail de terrain.</i> | 52 |
| <i>Analyse des entretiens.</i> | 58 |
| INTERPRETATIONS. | 118 |
| <i>Limites des interprétations proposées.</i> | 119 |
| <i>Affiliation et subversion.</i> | 120 |
| CONCLUSION | 142 |
| BIBLIOGRAPHIE | 145 |
| TABLE DES MATIERES | 148 |

Que sont devenues les personnes réassignées ?

page 3

à Martine.

INTRODUCTION et ORIENTATION

LE THEME ET LE CADRE DE RECHERCHE .

La mise en place d'un groupe de recherche sur la transsexualité au *Centre Georges Devereux*.

En janvier 1997, à l'initiative de Françoise Sironi, un groupe de recherche sur la question de la transsexualité était mis en place au Centre Georges Devereux. Ce n'est qu'en septembre 1998 que j'ai rejoint ce groupe en qualité de stagiaire étudiant de DESS¹ avec l'intention de rendre compte de l'évolution des questionnements et des activités de cette équipe de recherche dans un mémoire universitaire².

Ce fut à partir d'un cas princeps, Tania, que le groupe de recherche a commencé ses activités.

Tania est ce qu'on appelle une personne transsexuelle « homme vers femme », *M.t.F : mâle to female* », disent les anglo-saxons³.

Agée d'une quarantaine d'années, Tania est originaire du Pérou où vit encore sa famille. Cependant ce n'est pas Tania qui est arrivée en France, il y a 16 ans, en tant que réfugié politique mais Davy.

Depuis plusieurs années, Davy bénéficie de l'aide psychologique de Françoise Sironi, alors psychologue à l'Avre⁴. C'est alors qu'au cours du travail thérapeutique, les thèmes

¹ Le Centre Georges Devereux, intégré à l'Université de St Denis Paris VIII, offre aux étudiants de psychologie la possibilité d'assister aux consultations cliniques d'ethnopsychiatrie qui sont toutes suivies d'un temps de débat permettant la réflexion et l'analyse des méthodologies employées dans la thérapeutique et d'avoir accès à un important matériel clinique pour élaborer leurs recherches. C'est malheureusement la seule structure de ce type existant en France.

² Swertvaegher. J.L. De la transsexualité au transsexualisme. Un nouveau sacrifice moderne ? Dess psychologie clinique Paris VIII, 1998.

³ D'autres appellations sont également en vigueur : ex : S.B.F : syndrome de Benjamin féminin. Dans tous les cas, l'appellation met en avant le genre revendiqué.

⁴ association d'Aide aux Victimes, Répression, Exil. 75020 Paris.

abordés se modifient radicalement : ce n'est plus la problématique liée à son statut de réfugié politique qui agite Davy mais celle de sa transsexualité.

Interrogée par cet événement clinique et par la question de la métamorphose telle que peut la poser Davy/Tania, Françoise Sironi propose alors de mettre en place un groupe de recherche sur ce thème au Centre George Devereux afin de mettre à l'épreuve la démarche ethnopsychiatrique à un phénomène qui se présente comme une création spécifique du monde moderne occidental.

La question de départ de cette recherche.

Au printemps 1997, Tobie Nathan et le groupe de recherche reçoivent Tania dans un cadre de consultation de type ethnopsychiatrique⁵.

Tania nous apprend qu'elle se reconnaît comme « transsexuelle » depuis le jour où, ayant consulté une psychiatre à Toulouse, celle-ci lui avait annoncé

« qu'à son avis, et malgré les signes comportementaux qui lui étaient rapportés, elle ne pensait pas que Tania soit transsexuelle ».

Paradoxalement, ce diagnostic en négatif avait fonctionné comme le déclencheur d'une nouvelle identité pour Tania. A partir de ce jour, sa vie avait changé. Toutes ses préoccupations, ses activités et ses projets s'articulaient désormais autour de la question transsexuelle.

Depuis, elle n'avait eu de cesse de s'informer sur les possibilités de transformation de son corps d'homme en un

⁵ Pour la description du dispositif spécifique d'une consultation d'ethnopsychiatrie, voir :

Tobie Nathan. *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était...* Principes d'ethnopsychanalyse. Edition de la Pensée Sauvage, Grenoble, 1993.

Tobie Nathan. *L'influence qui guérit*. Paris O. Jacob 1994.

corps de femme et du parcours de réassignation qu'il lui faudrait suivre pour obtenir un changement d'état civil.

A partir des éléments apportés par Tania, l'équipe de recherche se retrouvait face à des questions multiples et complexes :

- Qu'est ce que la « transsexualité » ? Quelle est l'origine de ce concept, comment est-il apparu, qui l'a créé et avec quelles intentions ?
- A quelles conditions ce concept devient-il actif pour certaines personnes à tel point qu'une fois l'ayant rencontré, celles-ci se re-définissent immédiatement selon une autre identité ?
- Quel est ce « monde » de la transsexualité dans lequel peuvent basculer des personnes en proie à de multiples et secrets questionnements sur elle-même ?
- De quoi se compose le parcours de réassignation, sorte de passage obligé pour parvenir à la métamorphose souhaitée ?

Une fois posées, toutes ces questions se mirent à fonctionner comme autant de pistes de recherche à explorer, comme autant de contraintes à diversifier les activités du groupe et à tenir en tension chacun des chercheurs impliqués dans un questionnement concernant l'activité clinique, - comment accompagner des personnes en cours de transformation ?, mais aussi dans un nécessaire investigation d'un « monde » transsexuel où interagissent des professionnels, des associations de transsexuels et des personnes concernées ; un monde dans lequel s'échangent, se conflictualisent et se négocient des théories, des savoir-faire, des actes, des produits ...au cours de pratiques qu'il s'agit d'observer au plus près.

C'est dans le cadre de ces questionnements multiples que, cette année, nous avons choisi de centrer notre travail autour de la question suivante :

Que sont devenues les personnes réassignées ?

Si la transsexualité se présente comme un parcours banalisé par des professionnels de la psychologie, de la médecine et de la justice durant lequel s'opèrent de multiples transformations de la personne tant au plan corporel qu'au plan de l'identité, que pouvons-nous dire de ce nouvel *être* qui apparaît, une fois le passage accompli ?

Quelle est cette fabrication d'*être* à laquelle s'autorise le monde occidental moderne ?

ETAT DES LIEUX DES RECHERCHES SUR LA QUESTION.

La construction de la transsexualité moderne :
quelques repères historiques.

Selon certains chercheurs américains, appartenant aux mouvements militants transsexuels, la transsexualité ne serait pas une invention du monde médical moderne :

"Dans les temps anciens, la castration et la pénectomie étaient pratiqués pour les transsexuels en Europe, en Asie et en Chine. Cette pratique fut supprimée dans le monde chrétien (sauf pour les castrats) mais elle fut maintenue en Asie du Sud, notamment en Inde. La première chirurgie de réassignation MtF, sous sa forme moderne date de 1930 en Allemagne. La mastectomie et l'hystérectomie pour les transsexuels FtM est apparue dès 1912 en Allemagne (premières mastectomie et hystérectomie effectuées par M. Hirshfield). La phalloplastie est plus récente : elle date du milieu du siècle. Quant aux hormones, depuis fort longtemps, (plusieurs centaines d'années), la médecine chinoise était déjà en mesure d'isoler des hormones mâles à partir de l'urine.

Le ©Dy-Ethyl Stilbesterol (DES) a été mis au point en 1938 et le ©Premarin, en 1941.

C'est pourquoi nous ne considérons pas le transgendérisme et la transsexualité comme une invention de la technologie médicale moderne⁶".

Cependant, pour ce qui concerne le domaine spécifique de notre recherche, qui ne recouvre que le monde occidental moderne, le concept de transsexualité s'impose pourtant bel et bien comme une création récente. La transsexualité actuelle sous-entend une expérience de vie, un parcours de

⁶ Informations recueillies sur internet : site : « WEBLINK :Transsexual, Transgender and Intersex history» (www.monitor.net/candice/history/THFAQ.htm1.1998).

transformation qui n'est devenu possible que depuis l'apparition sur le marché de médicaments hormonaux et le concours de la médecine s'autorisant à pratiquer des opérations chirurgicales de réassignation, en arguant du fait que ces actes relevaient non pas de pratiques interdites de castration mais d'opérations à visée thérapeutique.

Si le concept de transsexualité semble aujourd'hui quelque peu stabilisé, tant le parcours de transformation auquel il renvoie se trouve banalisé, contrôlé par les psychiatres et les juristes, cette stabilisation n'a jamais été et demeure aujourd'hui encore que le fruit d'une apparence. C'est ainsi qu'avant de parvenir à définir un groupe spécifique de personnes, un espace de recherches intéressant la psychologie, la médecine, la justice et le social, avant d'être capable de fonder un « monde » réunissant de nombreux groupes hétéroclites autour des questions qu'elle pose, cette notion moderne de transsexualité a dû subir avec succès différentes épreuves pour être reconnue en tant qu'objet d'études intéressant.

C'est pourquoi, un état des lieux des recherches concernant la transsexualité est difficilement dissociable d'une analyse historique des événements qui ont servi d'ingrédients à la fabrication de ce nouveau concept.

La situation au début du siècle.

Si la psychiatrie, dès la fin du siècle dernier, mentionne l'existence de certains sujets revendiquant leur appartenance au sexe opposé, jusqu'en 1956, ceux-ci étaient pensés par les psychiatres comme des sujets souffrant de perversions sexuelles ou de psychose. De ce fait, ils ne constituaient pas une catégorie psychopathologique à part entière.

- Dès 1870, les psychiatres C. Westphal, Krafft-Ebing, Havelock Ellis, Magnus Hirschfeld, décrivent des cas cliniques de sujets présentant des comportements et des revendications proches des transsexuels actuels⁷.

Il s'agit, pour les auteurs :

⁷ Krafft-Ebing. Psychopathia sexualis. Editée par le Dr A. Moll en 1923 ; Trad en France en 1950. Ed. Payot. Réédité en 1999. Tome 3 Observation n°354. Page 49.

« soit de formes périodiques de trouble mental avec façon de se sentir sexuelle contraire (Westphal), soit « d'instincts du travestissement (Hirschfeld) », soit « d'inversion sexo-esthétique » (Havelock Ellis), soit « de formes d'homosexualité acquises formant un échelon de transition vers la métamorphose paranoïaque » (Krafft-Ebing) .

Arrêtons-nous, pourtant, quelques instants, sur l'ouvrage réédité récemment, que constituent les trois volumes de *Psychopathia sexualis* auquel le Dr von Krafft-Ebing (1840 - 1902), médecin légiste, a consacré une bonne partie de sa vie.

On y apprend que cet ouvrage a été réécrit et complété en 1923 par le Pr Moll, psychiatre éminent à l'époque pour ses travaux sur « la façon de se sentir sexuelle contraire ».

Dans le troisième tome, nous découvrons ainsi tout un chapitre consacré aux ***anomalies sexuelles autres que l'instinct à tendances contraires*** dans lequel Moll considère que tous les cas de ***sensation sexuelle contraire*** ne sont pas réductibles à un sous-ensemble des homosexualités, contrairement à ce qu'affirme Krafft-Ebing.

Tout au long d'un chapitre (Tome III, p19 - 101), il nous présente 12 cas cliniques dont le point commun réside dans la nécessité pour le sujet de s'habiller avec des vêtements du genre opposé et où il explique que, dans certains cas, notamment celui de l'observation 354 (tome III, p50),

« l'individu se sent appartenir à l'autre sexe ; que l'individu soit homosexuel ou hétérosexuel, l'instinct de travestissement forme une partie de la vie psychique sexuelle contraire ». (p24-25).

On ne peut qu'être surpris en constatant l'absence de résonance qu'ont eue les travaux de Moll dans le milieu psychiatrique. Bien que ce dernier ait montré l'intérêt de rassembler un ensemble de cas cliniques à partir du critère de « sentiment d'appartenir à l'autre sexe », en dissociant cet ensemble des homosexualités et des psychoses, les psychiatres ont continué longtemps à penser la « transsexualité » en tant que manifestation d'un comportement pervers ou d'un délire.

- En 1910, Magnus Hirschfeld invente le terme « transvesti ». En 1919, il fonde l'Institut de sexologie à Berlin destiné à accueillir les personnes se sentant

appartenir à l'autre sexe. En 1932, il est invité aux Etats unis par Harry Benjamin et, la même année, son institut est détruit par les nazis. Certains de ses collaborateurs, qui ne peuvent fuir Berlin, se suicident. M. Hirschfeld meurt en exil à Paris en 1935.

- En 1921, en Allemagne, Rudolf est opérée à Dresde puis deux fois en 1931 pour obtenir l'apparence d'une femme, dans la plus grande discrétion, par l'assistant du docteur Magnus Hirschfeld nommé Félix Abraham.

Pour ce dernier, il s'agit d'un cas de « travesti extrême ».

- En 1929-1930, une première tentative de greffe d'ovaire et d'organes sexuels féminins, prélevés sur une jeune femme de 26 ans, par des chirurgiens sexologues de la clinique pour femme de Dresde est effectuée sur le peintre Danois Einar Wegener qui se faisait appeler Lili Elbe. Ce fut un échec mais l'enterrement eut lieu sous son nom de femme. (Maurice Rostand s'est inspiré de ce cas pour écrire son roman : « L'homme qui devint femme »).

- En 1938, le ©Di-Ethyl Stilbesterol (DES) est mis au point.

En France, le psychiatre Esquirol décrit pour la première fois un cas de transsexualité qu'il nomme « inversion génitale ».

- En 1941, le ©Premarin est commercialisé au Canada.
- En 1943, des médecins nazis induisent une transsexualité par traitement hormonal sur des prisonniers dont Marie Andrée Schwidenhammer. (qui fondera l'AMAHO : l'association des malades hormonaux).
- En 1949, Harry Benjamin commence à soigner des « transsexuels » à San Francisco et New York avec des hormones.

Aux USA, le psychiatre D.O. Cauldwell crée le mot *transsexualism* qu'emploieront pour la première fois les professeurs français P. Deniker et Delay.

J. Delay considère alors la conviction transsexuelle comme

« *une idée délirante circonscrite, proche d'un délire hypochondriaque*⁸ ».

P. Deniker, quant à lui, soulève la question

« *d'une pathologie psychotique de l'enfance cicatrisée sur le mode du transsexualisme*⁹ ».

- Le 3 décembre 1952, au Danemark, est réalisée l'opération de Christine Jorgensen par les professeurs Christian Hamburger (endocrinologue), Sturup et Dahl Iversen ; ce qui a donné lieu à une importante couverture médiatique.

L'offre de changement de sexe.

Il a fallu attendre les années 50 et la conjonction de divers événements pour que le destin des personnes transsexuelles bascule brutalement : des équipes de chirurgiens faisaient savoir qu'ils avaient procédé à des opérations de « changement de sexe » ; des endocrinologues étaient à même de prescrire des hormones activant la transformation corporelle et les personnes nouvellement opérées se mettaient à écrire le récit vécu de leur parcours. Une offre réelle de changement leur était désormais accessible.

L'invention du syndrome de l'identité de genre.

Au cours des mêmes années, sous l'influence de l'essor de la sexologie, aux Etats Unis, émerge la nécessité, pour certains psychiatres américains, de définir un *syndrome de transsexualisme*. Leur argumentation s'appuie sur l'observation clinique de patients transsexuels dans les groupes de sexologie : ces patients ne présentent pas les critères de comportement et de discours relevant de la catégorie de la

⁸ Cité par T. Gallarda et Coussinoux in : Le journal de nervure, n°6, septembre 1997, page 15.

⁹ Deniker P. , Olier J. P. Le transsexualisme en 1986. Entretiens de Bichat, Paris.

psychose ou de la perversion, catégorie où ils sont pourtant classés.

L'invention du syndrome de transsexualisme : Harry Benjamin, John Money, Robert J. Stoller.

Pour relater l'invention du « syndrome de transsexualité », nous citerons les apports de trois auteurs : Harry Benjamin, John Money et Robert J. Stoller.

Harry Benjamin, sexologue et passionné d'endocrinologie, est avant tout un clinicien. Sa pratique le contraint à s'interroger à la fois sur la nature des patients qui viennent le consulter et sur l'inadéquation des catégories qui prétendent les décrire.

Il prend connaissance d'un article de D.O. Cauldwell, publié en 1949 dans *Sexology*, intitulé « *Psychopathia transsexualis* » : l'auteur y présente « le cas d'une jeune fille qui désirait obsessionnellement être un garçon ». L'auteur nomme cet état « *psychopathia transsexualis* », terme construit sur le modèle de la « *psychopathia sexualis* » de Krafft-Ebing »¹⁰.

La pratique clinique que mène Benjamin en tant que sexologue le contraint à réfuter cette manière de décrire les « transsexuels » en les assimilant aux « perversions sexuelles » ; c'est pourquoi il isole le « syndrome de transsexualisme » en le définissant, tout d'abord, par **ce qu'il n'est pas** :

« C'est une entité nosographique qui n'est ni une perversion ni une homosexualité »(1949).

En 1953, le 18 décembre, il prononce une communication lors d'un symposium à l'académie de médecine de New York au cours de laquelle il **donne un contenu** à ce « syndrome de transsexualisme » :

« le transsexualisme est le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle. »

Remarquons que cette définition est probablement construite à partir du nouveau discours des patients du Dr Benjamin, qui doivent être informés des événements qui surviennent à la même période : en effet, en cette même année 1953, les Dr

¹⁰ Harry Benjamin : Introduction au livre de Richard Green et John Money : *Transsexualism and Sex Reassignment*, 1969.

Hamburger, Stürup et Dahl-Iversen publient l'histoire de la « conversion de sexe » de George Jorgensen en Christine Jorgensen, réalisée au Danemark en 1951. Cette histoire deviendra le cas princeps de transsexuel « chirurgicalement réassigné » et sera fortement médiatisée. (Notons, toutefois, que dans cet article, les auteurs parlent toujours « d'éonisme », de transvestisme¹¹ et postulent l'hypothèse d'un état intersexué).

La nouvelle définition de Benjamin sera reprise par l'ensemble de la communauté des psychiatres, même si, comme le note Colette Chiland¹², la confusion terminologique durera un certain temps :

« Jusqu'en 1962, les articles concernant le transsexualisme sont indexés sous la rubrique Sexual déviation, puis Sex Deviation ; à partir de 1963 sous la rubrique Transvestism ; la rubrique Transsexualism apparaît en 1968 et à partir de là, il faut consulter les deux rubriques transsexualisme et transvestisme. Il a donc fallu attendre quinze ans après l'invention du terme par Benjamin pour qu'il s'impose ».

Une fois la proposition de Benjamin retenue et *durcie*¹³ par l'ensemble de la communauté des psychiatres (lent processus qui trouvera son point d'orgue par la reconnaissance officielle du syndrome dans le DSM III, en 1980), une fois les équipes médicales pluridisciplinaires constituées et opérationnelles, on note une augmentation considérable du nombre d'écrits sur la question.

Autour de ce « syndrome de transsexualisme » et de l'offre de changement corporelle par la médecine, un nouvel espace de recherche et de pratiques innovantes vient de naître, intéressant à la fois les psychiatres, les psychologues, les chirurgiens, les endocrinologues et les juristes et obligeant chaque groupe professionnel à justifier de l'intérêt de son expertise sur la question.

¹¹ Transvestisme : terme dû à Hirschfeld qui a publié en 1910 : les transvestis : une recherche sur la pulsion érotique à se travestir.

¹² Colette Chiland. *Changer de sexe* O. Jacob. 1997. Page 28.

¹³ Terme utilisé par Isabelle Stengers faisant référence aux épreuves que doit subir une proposition conceptuelle avant d'être adoptée comme témoin fiable par la communauté des chercheurs.

Colette Chiland note ainsi que

«Le problème suscite un intérêt croissant à partir de 1953. En étudiant les articles recensés par le Quarterly Cumulative Index Medicus (1953/1956), la Current list of Medical literature (1957/1959), le Cumulated Index Medicus (à partir de 1960), on trouve de 1953 à 1957, moins de dix articles par an ; il y a un premier tournant en 1958 et, de 1958 à 1967, le nombre d'articles fluctue entre dix et quinze ; puis un deuxième tournant en 1968, deux ans après la parution de The Transsexual Phenomenon par Harry Benjamin (1966), et l'année de la publication de Sex And Gender, Volume 1, par Stoller : les publications dépassent désormais vingt articles recensés par an... Au total, jusque en 1987, à partir d'outils bibliographiques de langue anglaise, plus de mille articles et une cinquantaine de livres ont pu être recensés par voie diverse.... Le phénomène concerne en premier chef la civilisation dite occidentale ». (p28/29).

Le rôle des associations de transsexuels.

Le tableau que nous venons de brosser serait incomplet si nous passions sous silence le rôle et l'influence sans cesse croissants qu'ont eus les associations de transsexuels dans les débats, l'évolution des mentalités et des pratiques.

Dans les pays anglo-saxons et, dans une moindre mesure dans des pays tels que la Hollande ou l'Australie, de puissantes et actives associations de transsexuels¹⁴ ont vu le jour (essentiellement à partir de 1969 aux Etats Unis) et se sont mises à agir comme de véritables stimulateurs de la recherche : elles organisent congrès, colloques au cours desquels les professionnels de la psychologie, de la chirurgie, de l'endocrinologie et du droit sont invités à expliquer et justifier leurs pratiques, à s'informer des dernières découvertes et à prendre en compte les critiques émises par les personnes transsexuelles elles-mêmes sur la qualité de leurs interventions techniques.

Ainsi, de la même manière que les activistes gay ont réussi à faire retirer l'homosexualité de la catégorisation des troubles

¹⁴ Telles que « Transsexual Menace, FTM International aux Etats Unis, Presse for Change en Angleterre...

de la santé mentale¹⁵, les associations de transsexuels américains ont fortement influencé la modification de la description du syndrome entre le DSM III et le DSM IV¹⁶ : on ne parle plus de *transsexualisme* ni de *dysphorie de genre* ; l'accent est mis sur le sentiment d'appartenir à l'autre sexe et non plus sur l'inadéquation au sexe de naissance.

D'autre part, ces organisations sont à l'origine de toute une littérature allant des auto-biographies à des thèses universitaires écrites par des étudiants, des professeurs ou des thérapeutes transsexuels. Certains mouvements disposent même, aujourd'hui, de leurs propres maisons d'éditions.

L'évolution particulière en France.

En France, l'intérêt pour cette question semble plus limité et plus tardif, même si depuis ces dernières années, les choses semblent beaucoup changer, le phénomène transsexuel venant rejoindre la question fort médiatisée du droit à la visibilité de nouveaux comportements sociaux minoritaires¹⁷.

Sans oublier l'impact de la morale catholique en France, la puissance des institutions psychanalytiques, le rôle conservateur du Conseil de l'Ordre des médecins et l'absence d'une tradition d'associations de patients, de consommateurs et d'usagers semblent constituer des éléments explicatifs d'une situation typiquement hexagonale où la transsexualité est demeurée longtemps un sujet tabou, connoté de perversité sexuelle, voire de monstruosité.

Ce n'est qu'en 1979, à Paris, qu'eut lieu officiellement la première opération d'une personne transsexuelle par le Pr Banzet, sous l'incitation du psychiatre, le Pr Breton.

«J'ai été convaincu, contrairement à ce qui était proclamé, que rien ne s'opposait en France à ce qu'on opère des transsexuels... Nous nous sommes

¹⁵ Kirk S. et Kutchins H. Aimez-vous le DSM ? Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1998. p139 - 154.

¹⁶ En 1981, Paul Walker crée «The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association» destinée à définir les critères psychopathologiques de la transsexualité et du phénomène transgenre.

¹⁷ nous faisons référence à la médiatisation du PACS, à l'intérêt porté à la Gay Pride, à la visibilité des homosexuels, à la reconnaissance d'une culture lesbienne,

entourés d'un maximum de garanties pour le cas où nous serions entraînés devant la justice ¹⁸».

Il faut savoir, qu'en France, la prise en charge des soins par la sécurité sociale est soumise à l'acceptation par le patient transsexuel du suivi de son parcours par quelques équipes officielles intervenant dans des hôpitaux publics. Or ces équipes *officielles* ne se montrent guère favorables aux opérations.

« Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas moyen de soigner les transsexuels primaires¹⁹ autrement qu'en acceptant d'entrer dans leur jeu et de modifier leur apparence physique faute de pouvoir modifier leur psychisme, ce qui serait la façon logique de procéder. En revanche, dans le transsexualisme secondaire, l'attitude est beaucoup plus difficile à adopter ... il faut juger au cas par cas ... et il y a des cas indiscutables où la psychothérapie peut amener le sujet à s'accepter comme homme s'il est un homme et qu'il se prétend femme, ou le contraire »²⁰.

Du fait d'un tel contexte idéologique général, de la mise en place d'un système qui oblige chaque prétendant à la transformation à s'adresser à des équipes officielles pour obtenir la prise en charge des soins, système permettant un contrôle et une limitation des demandes de transformations, on recense peu d'études sur le sujet.

¹⁸ Breton J. Interview in Revue de Psychiatrie Légale *Forensic* 1996. N°14 p 9.

¹⁹ La distinction entre transsexualisme primaire et secondaire, due initialement à Person et Ovesey, mais rendue célèbre par Stoller, renverrait, selon ce dernier, à la nécessité de distinguer les "vrais" transsexuels ("primaires") des "faux" transsexuels ("secondaires") : les "vrais" transsexuels constitueraient l'ensemble des sujets manifestant dès le plus jeune âge une structuration identitaire où l'identité de genre (se rapportant au social ou psychosocial) ne correspond pas à l'identité de sexe (se rapportant au biologique) ; les transsexuels "secondaires" ne revendiqueraient l'existence de cette opposition que bien plus tard dans leur vie. (en 1985, Stoller reviendra sur le bien-fondé de ses propositions initiales).

²⁰ Dr Breton J. Interview in Revue de Psychiatrie légale *Florensic* 1996. N° 14. p. 9-10.

Dans le domaine de l'approche psychologique, nous notons principalement les travaux de Colette Chiland, de Patricia Mercader, et ceux d'un groupe fédéré par le Dr Czermak reprenant les thèses de J. Lacan.

Quant à l'apparition d'associations de transsexuelles, celle-ci remonte au début des années 90. Suite à l'assassinat du Pasteur Doucé en 1991, qui avait créé à Paris le Centre du Christ Libérateur, un lieu communautaire où se retrouvaient personnes transsexuelles, homosexuels, prostituées... , les transsexuels, se retrouvant sans appui et, en quelque sorte, orphelins, décidèrent de fonder leurs propres associations. C'est ainsi que sont nées l'AAT (Association d'Aide aux Transsexuels en 1992), l'ASB (Association du Syndrome de Benjamin en 1994), le Caritig (Centre d'aide, de Recherche et d'Information sur la Transsexualité et les problèmes d'Identité de Genre en 1995) et le Pastt ²¹ (Prévention, Action Santé auprès des Transsexuels et des travestis en 1996 ²²). Au regard de la puissance des associations anglo-saxonnes, les regroupements français font figure de parents pauvres même si leur existence se révèle comme essentielle pour les transsexuels français : devant le risque d'essuyer un refus de reconnaissance de leur transsexualité auprès des équipes officielles, de nombreux transsexuels cherchent à emprunter un circuit parallèle pour réaliser leur transformation ; elles s'adressent alors aux associations qui les guident vers des professionnels coopérants et souvent vers des équipes chirurgicales à l'étranger.

Depuis leur création, les associations françaises ont traversé une longue période de fragilité, ne survivant que par la militance d'un petit noyau de personnes. Or, ces dernières années, nous assistons à un regain d'activisme de leur part, une visibilité plus importante dans les médias et une augmentation de leur nombre d'adhérents. On peut penser que cette nouvelle évolution n'est pas sans lien avec le fait que les fondateurs du Caritig et de l'ASB aient décidé de devenir des

²¹ Même si un programme spécialisé au bénéfice des personnes transsexuelles fut mis au place dès 1992 au sein de l'association "AIDES". Ce "programme" deviendra une structure associative autonome, le PASST en 1996.

²² Depuis peu, le PASTT a modifié son appellation : Prévention Action Santé Travail pour Transgenres. Le PASTT est la seule association recevant des subventions publiques... pour lutter contre le sida et les MST dans le milieu de la prostitution.

experts en psychologie (en devenant sexologue ou psychologue clinicien), que la présidente de l'AAT, un médecin généraliste, vienne de publier un livre²³ et qu'actuellement la transsexualité fasse l'objet d'une médiatisation importante.²⁴

L'approche psychologique de la question. Etat des lieux de la littérature.

Les différentes approches psychologiques de la question transsexuelle.

PSYCHOLOGIE ET
TRANSSEXUALITE

BREF HISTORIQUE
D'UNE RENCONTRE.

Quand, dans la première moitié du vingtième siècle, des équipes médicales ont décidé de relever le défi que leur lançaient les personnes transsexuelles en décidant de procéder à des opérations de changement de sexe²⁵, quand sont apparues sur le marché des substances hormonales de synthèse, quand la justice a commencé à officialiser le changement de sexe civil des personnes déjà transformées, quand la psychiatrie s'est emparée de la question transsexuelle en se positionnant en tant qu'experte de l'identification d'un nouveau syndrome psychopathologique, on aurait pu attendre que la psychologie se prononce, de manière singulière, sur cet événement inédit que constituait l'émergence de ces nouveaux patients mettant à mal la sacro-sainte "différence-des-sexes" en réclamant le droit de pouvoir transformer leur corps, leur nomination et leur identité sexuée.

Or, toute l'histoire de la rencontre entre la psychologie et la transsexualité s'est focalisée autour d'enjeux fondamentaux que nous pouvons résumer à partir des positions respectives de deux psychiatres Harry Benjamin et Robert Stoller (Benjamin, 1953, 1966; Stoller, 1968, 1985). C'est,

²³ Sandra DUVAL. Rencontre du troisième sexe. Editions Gérard Blanc, 1999.

²⁴ Citons notamment la participation des associations aux émissions télévisées telles que Bas les masques ou 52 sur la Une et l'apparition d'un rôle - qui n'est plus celui de la « folle » - attribué à des transsexuels dans des films à grande diffusion tels que **Tootsie** (1982) de Pollack, , **Le monde selon Garp** (1982) de Roy Hill, **Tout sur ma mère** d'Almodovar ou **Chili Con Carne** (1999) de Gilou.

²⁵ Sexe civil : terme juridique.

essentiellement, sous l'influence de l'approche psychanalytique stollérienne du phénomène transsexuel et des thèses défendues par le psychologue John Money à propos du problème de l'intersexualité que se positionneront ensuite les psychologues s'intéressant à la question transsexuelle. (Millot, 1983 ; Mercader, 1994 ; Fautrat, P., 1999 ; Peretti, M.L., 1999).

Harry Benjamin, psychiatre américain mais surtout sexologue et fervent défenseur de l'endocrinologie naissante est généralement considéré comme le fondateur du transsexualisme actuel : en imposant, en 1953, à la communauté psychiatrique, la nécessité de reconnaître les personnes transsexuelles comme des membres d'une population psychopathologique spécifique distincte de celle des perversions, Benjamin a tout simplement offert aux candidats transsexuels la possibilité - à condition de se conformer aux critères d'un syndrome de transsexualisme défini par la communauté psychiatrique - de devenir membres d'un nouveau groupe psychopathologique et de bénéficier ainsi de l'accès aux transformations médicales, sociales et juridiques espérées initialement.

Harry Benjamin est devenu, en quelque sorte, la figure emblématique de la transsexualité actuelle : dès le début du vingtième siècle, ce sexologue était convaincu que l'avenir du traitement des candidats transsexuels relèverait plus des progrès de la biologie que des compétences de la psychanalyse: l'hormonothérapie et la chirurgie plastique constituaient à ses yeux des réponses plus adéquates qu'une psychothérapie à la demande de réalisation des candidats transsexuels.

Benjamin, en quelque sorte, venait affirmer que la transsexualité était la preuve que Freud s'était trompé : les progrès de la biologie allaient bientôt rendre caduques tous les traitements fondés sur les théories psycho-dynamiques.

A l'opposé, nous trouvons Robert J. Stoller, psychiatre et psychanalyste américain et John Money (Money, 1975), psychologue, dont les travaux sur l'intersexualité et la conceptualisation d'une identité de genre (gender identity) distincte d'une identité sexuelle (sex identity) ont

profondément influencé le monde de la psychologie dans les années 1970²⁶.

Fervent défenseur de la psychanalyse, Stoller tentera, durant toute sa vie, de démontrer, contrairement aux allégations de Benjamin, que l'existence des personnes transsexuelles est, en fait, la preuve que Freud avait raison : si les vrais transsexuels se montrent récalcitrants à toute entreprise psychothérapeutique, c'est le signe, comme Freud l'avait déjà souligné à propos des psychotiques, que ces sujets se trouvent dotés d'une structure psychique particulièrement rigide mais aussi fragile et que celle-ci a commencé à se constituer comme telle dès la toute petite enfance (et même avant). C'est ainsi que pour Stoller, toute entreprise de changement du fonctionnement psychique des "vrais" transsexuels est vouée à l'échec et il devient inévitable de faire appel à la chirurgie et la réassignation pour alléger la souffrance existentielle de ces individus. En revanche, selon l'auteur, une majorité de situations de transsexualité relèverait d'un transsexualisme secondaire (regroupant toutes les situations de personnes faisant état, tardivement dans leur vie, d'une revendication transsexuelle), pour lequel un traitement psychothérapeutique est à même d'infléchir le désir de changement de sexe.

C'est pourquoi, selon Stoller et la plupart des psychologues et des psychanalystes qui, par la suite, se sont intéressés à la question, il est impossible et dangereux de laisser les candidats transsexuels aux seules mains des chirurgiens et des endocrinologues : seuls des experts du psychisme peuvent

²⁶ Dès 1955, Money introduit le concept d'identité de genre ; cette "gender identity", distincte de la "sex identity" se construirait par imprégnation et apprentissage et serait définitivement stabilisée avant l'âge de trois ans. Money pensait que les enfants intersexuels pouvaient devenir des hommes et des femmes bien adaptés dès lors que l'on faisait en sorte que leurs appareils génitaux paraissent normaux et que leur entourage ne sache rien de l'intervention.

A cette fin, les médecins dirigèrent les bébés intersexuels vers le sexe le plus facile à assurer du point de vue chirurgical — ce qui signifiait le plus souvent les transformer en filles. Les thèses de John Money ont obtenu un retentissant succès dans le monde médical et psychologique. C'est toute une génération d'enfants intersexuels qui a été réassignée dès la naissance sans que les parents n'aient eu droit à la parole. Il faudra attendre l'année 1994, pour qu'un pédiatre, Milton Diamond, entre en contact avec le patient du désormais célèbre cas John/Joan et rende public l'échec de sa réassignation par Money. La même année, Cheryl Chase, une "ex-intersexuelle" crée une association "INSA" (Intersex Society of North America) et lance un bulletin : Hermaphrodites with Attitude, qui publiera de nombreuses autobiographies ; elle continue de militer avec Diamond (Milton) contre les réassignations imposées à la naissance.

détecter les "vrais" transsexuels des transsexuels "secondaires" et ainsi protéger contre eux-mêmes un grand nombre d'individus exprimant une demande de changement de sexe : il s'agit de prémunir le sujet du danger que représente son propre désir inconscient qui le pousse à opérer un passage à l'acte avec la complicité des médecins.

Par voie de conséquence, aux yeux de la psychologie, la médecine ne devrait intervenir que pour réparer des désordres, jamais pour accomplir le simple désir des patients ²⁷. La présence d'un expert de la psychologie est revendiquée, de ce fait, comme indispensable.

L'approche
psychologique de la
transsexualité : deux
types de pratiques.

Les travaux respectifs de Benjamin, Money et Stoller vont avoir une influence considérable sur la nature et l'orientation des contributions ultérieures de la psychologie concernant le phénomène transsexuel.

- Certains énoncés concernant le fait transsexuel vont acquérir le statut de nouvelles vérités consensuelles :

le transsexualisme n'est pas une perversion sexuelle mais renvoie à un problème d'identité.

Le concept d'identité se décompose en identité biologique, identité psychologique et sociale et identité juridique.

le sujet transsexuel ne présente pas d'idée délirante au sens commun rencontré dans le cadre des psychoses.

- Deux types d'approche psychologiques vont se dessiner nettement :

²⁷ Cet énoncé n'est pas nouveau : il s'origine dans les controverses qui se sont développées à partir du cas princeps de "l'homme aux loups", ce patient initialement traité par Freud en tant que névrosé obsessionnel qui, ensuite, a sollicité une intervention chirurgicale débouchant sur une prise en charge par Ruth Mack Brunswick, laquelle diagnostiquera, en 1926, une psychose paranoïaque : le médecin a-t-il eut raison d'opérer ou s'est-il fait le complice de la réalisation d'un désir pathologique?

- Certains psychologues, activant des modèles théoriques d'inspiration psychanalytique, vont tenter "d'aider" leurs patients à penser leur revendication transsexuelle comme étant le symptôme manifeste d'un fonctionnement pathologique de leur appareil psychique.
- D'autres, délaissant de telles modélisations conceptuelles au profit d'une adhésion à la théorie du "self", vont s'intéresser exclusivement aux problèmes identitaires auxquels se confrontent les personnes transsexuelles. Se réclamant peu ou prou du "counseling", ce type d'approche se situe dans une visée avant tout pragmatique, l'aide psychologique consistant à accompagner le candidat transsexuel dans l'analyse et la résolution des conflits générés au quotidien du fait de se présenter avec une identité de genre ambiguë.

Les étiologies psycho-dynamiques varient d'un auteur à l'autre, d'une école de pensée à une autre en mettant l'accent tantôt sur

Les travaux
d'inspiration
psychanalytiques

- un fantasme d'androgynie,
- une brisure narcissique renvoyant à une constellation psychique parentale où domine un père froid et absent, une mère fusionnelle, des parents qui n'ont plus de relations sexuelles ce qui provoque une incapacité du sujet à se représenter la scène primitive (Stoller ; 1978. Chiland ; 1997),
- une ressemblance entre la problématique transsexuelle et celle de l'anorexie mentale : dans les deux cas, il s'agit de « modifier son corps pour s'en donner une autre image » et d'agir « sur autrui en même temps, tout mettre sur la scène corporelle et rien sur la scène psychique... » (Chiland, 1997).
- l'existence d'une pathologie narcissique (Lothstein ; 1984),
- un abord du transsexualisme comme étant la manifestation d'une tentative de guérison entreprise par un sujet *franchement psychotique* (Czermak, 1996).

Les travaux sur la
notion d'identité

Le second courant de pensée est essentiellement représenté par la littérature anglo-saxonne.

Bon nombre de psychologues anglo-saxons ont constaté que le projet psychanalytique appliqué à la transsexualité ne peut aboutir qu'à une disqualification de la revendication transsexuelle et enfermer la personne transsexuelle dans un statut de sujet psychopathologique, statut que ne se reconnaissent pas les personnes elles-mêmes.

Fort de ce constat mais aussi du fait d'une sorte d'habitude liée à la manière d'exercer autrement dans ces pays le métier de psychologue qu'en Europe, les anglo-saxons ont délaissé la question de l'origine de la transsexualité pour se centrer sur les modalités d'aide à la construction, par ces personnes, d'une vie cohérente (the integrity of their lives). De nombreuses études se fondent sur le constat suivant : Ces personnes doivent apprendre à vivre en tenant compte de cette nécessité vitale qui les pousse à adopter un comportement "*transgenre*"²⁸. Si elles ne suivent pas cette force qui les habite, elles prennent le risque de se pathologiser et d'adopter un comportement obsessionnel, compulsif, ou borderline. Gianna Israël note ainsi que

« le transgendérisme n'est pas en soi pathologique mais il est pathogénique ».

Tout ce courant de pensée s'appuie, au départ, sur les apports de Money concernant la multiplicité des identités (l'identité biologique se différencie de l'identité sociale et psycho-sociale) et sur une approche interactionniste, dynamique et multi-dimensionnelle (A. Laurence) qui postule que l'identité est le résultat d'une interaction permanente entre ce que ressent la personne d'elle-même (le Self interne) et ce qu'elle reçoit comme information sur elle-même par les expériences de vie qu'elle traverse (le Self externe).

Ces nouvelles théories se différencient de celles proposées à l'époque de Benjamin, lesquelles postulaient l'existence d'un noyau identitaire spécifique et constant chez les transsexuels. Ces nouvelles propositions ont, selon les auteurs, l'avantage de se présenter comme des modèles explicatifs cohérents avec

²⁸ Aux Etats-Unis, la notion de "transgender" fait référence à la nécessité qu'éprouvent certaines personnes d'adopter un comportement, un style de vie qui s'émancipe de toute référence normative à l'un ou l'autre "genre". Le "transgendérisme" est devenu progressivement l'appellation d'un mouvement de remise en cause de la notion même de genre.

des revendications de plus en plus nombreuses, chez les personnes transgenres²⁹, lesquelles revendiquent le droit de vivre et d'être reconnus selon des identités fluctuantes au cours de leur vie : pouvoir, alors qu'on est de sexe masculin de naissance, s'habiller et vivre en femme sans obligatoirement prendre des hormones féminisantes et se faire opérer, puis, quelques années plus tard, vivre en homme ou se lancer dans une transformation complète.

L'ensemble de ces contributions actuelles de la psychologie anglo-saxonne dans le domaine de la transsexualité se présente sous forme :

- de modèles montrant la multiplicité et la variabilité des facteurs déterminant l'apparition de l'identité transgendériste. (Bushong, Bullough and Bullough, 1996)
- de modèles tri-dimensionnels décrivant les différentes motivations qui amènent les personnes à choisir entre le travestissement et le changement de genre. (Ekins, 1997).
- de répertoires des diverses dimensions des identités des transgenders combinant les critères de changement de sexe, de positionnement vis à vis des opérations chirurgicales et des pratiques sexuelles. (O'Keefe, 1996).
- de système de représentation des variations possibles des identités chez les transgenders. (Vennix, 1999. A paraître).
- de modèles permettant l'évaluation par les thérapeutes et l'auto-évaluation par les « clients » des spécificités identitaires de son transgendérisme. (Van Der Ven, 1998).
- des programmes d'apprentissage et d'accompagnement des personnes transsexuelles (counseling sessions) visant à

²⁹ Le transgendérisme (transgenderism) est une notion apparue il y a moins de 10 ans aux Etats Unis pour définir :

- 1°) l'ensemble des personnes affichant des comportements ne correspondant pas à la "norme" (la "norme" supposant une correspondance exacte entre son sexe de naissance, son comportement de genre social, une orientation sexuelle de type hétérosexuelle). Il comprend comme sous-catégories les transsexuels, les transgenres, les travestis, mais aussi les drag queens, les drag kings, les « butch » lesbiennes, et les femmes « manning » et « passing » .
- 2°) les personnes qui se reconnaissent une identité intérieure appartenant à l'autre sexe, qui vivent en tant qu'autre sexe mais qui ne ressentent pas la nécessité de se faire opérer.

Le transsexualisme est, lui, défini, à partir de la revendication d'appartenir à l'autre sexe et du projet de transformer son corps et son état civil pour une mise en conformité avec son identité profonde.

faire prendre conscience aux clients des spécificités identitaires qu'ils cherchent à atteindre et des nécessités, pour y parvenir de manière cohérente, d'un aménagement de leur style de vie.

Analyse critique de la littérature psychologique en France.

A ce jour, le recensement des ouvrages et articles, écrits par des français, se décompose comme suit :

- une dizaine d'ouvrages écrits par des psychiatres, psychanalystes ou psychologues dont les plus importants sont les suivants :
 - Alby J.M. Contribution à l'étude du trans-sexualisme (1956).
 - Breton J. et all. Le transsexualisme. Etude nosographique et médico-légale.(1985).
 - Millot C. Clés pour le transsexualisme. Essai sur le transsexualisme. In : Hors sexe. Point Hors ligne. (1983).
 - Doucé J. La question transsexuelle. (1986).
 - Mercader P. Le paradoxe transsexuel. (1990), L'illusion transsexuelle. (1994).
 - Czermak M. et all. Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme. (1996).
 - Chiland C. Changer de sexe. (1997).
 - Peretti, M.L. "*Le transsexuel, un corps en souffrance*" In : Journal des psychologues, n°167, 58 – 61. (1999).
 - Fautrat, P. *De quoi souffrent les transsexuels ?* Mémoire de maîtrise en Sciences humaines cliniques, université Paris 7. (1999).

- quelques ouvrages sur le droit et la législation, notamment :
 - Branlard J.P. Le sexe et l'état des personnes. Editions Librairie de droit et jurisprudence. LDJG. 1993.
 - Salas D. Sujet de chair et sujet de droit : la justice face au transsexualisme. (1994).

- Conseil de l'Europe. Transsexualisme, médecine et droit. (1995).

- de nombreux articles abordant la question d'un point de vue médical et éthique³⁰.
- des autobiographies, des films, des articles dans la presse, des émissions télévisées.

Dans l'ensemble, les études traitant de l'abord psychologique de la transsexualité présentent toutes un point commun : elles appréhendent la notion de la transsexualité à partir de l'interrogation de la psyché de la personne.

Pour les auteurs, on ne peut comprendre un tel comportement manifeste (la revendication à appartenir au genre opposé) qu'à partir du postulat théorique suivant :

Le transsexualisme serait la manifestation d'une organisation psychique particulièrement pathologique.

C'est alors que, selon les écoles de pensée auxquelles sont affiliés les auteurs, et donc selon les théories qui les fondent, la nature même de la psyché des personnes transsexuelles diffère quelque peu :

- Pour le courant de pensée néo-lacanian³¹, la transsexualité est une manifestation d'un fonctionnement *franchement* psychotique.

« le transsexualisme pur n'est qu'un cas local et exemplaire de la transsexualisation essentielle dans toutes les psychoses... Le diagnostic de psychose s'impose³². »

³⁰ Notamment : Jane Hervé et Jeanne Lagier. Les transsexuels. Editions Jacques Bertoin. 1992.

³¹ Collectif. Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme. Paris Association freudienne Internationale. 1996.

³² Czermak M. Sur l'identité sexuelle... p. 42 - 43.

« L'erreur du transsexuel, disait Lacan, c'est de prendre l'organe pour le signifiant, autrement dit, de confondre le pénis réel avec le Phallus symbolique »

« ... Ce n'est pas le privilège du transsexuel de montrer une pathologie de l'identité sexuelle qui existe dans toute structure psychotique. Ce qui est spécifique chez le transsexuel, c'est de montrer une organisation, qui a trouvé d'emblée une position de relatif équilibre. Car le transsexualisme n'est pas la cause de la structure pathologique, il en est, comme toute formation délirante, la tentative de guérison, chez lui élaborée d'emblée sans recours à tout le travail préalable dont l'œuvre d'un Schreber ³³ nous donne le témoignage. ³⁴ ».

- Pour le courant néo-freudien ³⁵,

« le transsexualisme reste un défi nosologique : on peut dire qu'ils sont borderline au sens de Kernberg ...on pourrait parler de psychose blanche ...on peut les rapprocher de l'anorexie mentale... Ce sont des sujets au discours toujours pauvre, chez lesquels s'est instauré un mode de fonctionnement où déni et clivage dominant...(178 - 182)... Ils sont en proie à une brisure narcissique telle qu'ils se répudient eux-mêmes pour être eux-mêmes (246) ».

L'apport de la psychanalyse à la compréhension et au traitement du phénomène transsexuel consisterait donc :

- à révéler la véritable nature de la personne en explicitant la genèse et le fonctionnement des mécanismes intrapsychiques qui agissent à son insu et l'obligent à **croire** à la véracité de ses revendications d'appartenir à l'autre sexe,

³³ Lacan s'est intéressé à deux reprises à la question de la transsexualité :

- en 1958, il prend connaissance de la thèse de J.M. Alby (1956) sur le transsexualisme (thèse de médecine non publiée) et il développe sa première théorie de la psychose à partir du cas Schreber.
- en 1971, (quand il reformule sa théorie de la psychose), il cite Stoller, qui venait de publier Sex and Gender (séminaires du 20/1/1971 et 6/12/1971). Lacan affirme alors que Stoller n'a pas vu que tous ses cas de transsexuels sont en fait des cas de psychose.

³⁴ Czermak M. Interview *Floresic* Opus cité 1996. p24.

³⁵ Colette Chiland. Changer de sexe. Opus cité.

« à mettre en jeu un réel, ce que la psychanalyse **entend** comme **l'impossible** : impossible en effet de ne pas être ou un homme ou une femme ³⁶ ».

- à proposer une thérapie basée sur une modification du fonctionnement de la psyché,

« la seule chance de lui permettre de changer ce qu'il a dans la tête plutôt que de changer son corps ³⁷ ».

La réussite thérapeutique consistant à obtenir le renoncement de la personne à sa revendication de transformation.

Le problème rencontré par toutes ces études est :

- d'une part, d'être contestées fermement par les personnes concernées par les discours tenus sur elles : les personnes transsexuelles se considèrent insultées par les propositions des psychanalystes les concernant.
- d'autre part, de ne pouvoir déboucher sur aucune clinique satisfaisante : les psychanalystes reconnaissent la difficulté d'établir une relation transférentielle satisfaisante et durable avec leurs patients transsexuels :

« Ces sujets sont en pleine illusion, dans le déni et relèvent donc du seul travail psychothérapeutique qui, malheureusement est rendu impossible à cause de ces médecins qui acceptent d'intervenir sur le corps et des juristes qui, au nom des droits de l'individu, de l'horreur d'appartenir à une minorité exclue, sont manipulés et proposent des mesures effarantes ³⁸ ».

³⁶ Czermak M. Journal français de psychiatrie n° 5. P.4

³⁷ Chiland C. Changer de sexe. Opus cité. P. 217.

³⁸ P. Mercader. Auteur de "L'illusion transsexuelle" L'Harmattan. 1994. Et de l'article " Changer de sexe, d'identité?" in Le journal des psychologues 4/94 N° 116.

De plus, en critiquant le choix de la psychiatrie de la médecine et de la justice de participer à l'offre de changement de sexe,

« Cela participe entièrement de ce que Lacan appelait les problèmes qui vont croissant dans le monde, du fait du déclin du Nom-du-Père. C'est l'indication juridique du phénomène du délire qui est en train de se développer dans le monde C'est l'indice que la médecine est devenue délirante³⁹ ».

« En tant que psychanalystes, nous avons le sentiment qu'on touche à quelque chose de fondamental dans l'organisation de la psyché... On pressent qu'une transgression s'accomplit... et que les juristes, les psychiatres sont pris dans un montage pervers... qui conforte le sujet dans son rêve fou et lui ferme la voie de la sagesse⁴⁰ ».

La psychanalyse se présente comme une école de pensée s'arqueboutant sur un modèle théorique figé qui l'isole de plus en plus des autres groupes professionnels qui, eux, tiennent à rester en prise avec une réalité sociale et culturelle en pleine évolution.

Pour ce qui nous concerne, en tant que chercheur en psychologie abordant un tel sujet, l'abord psychanalytique de la question reste un exemple de ce qu'il ne faut pas faire :

L'adhésion du chercheur aux théories psychanalytiques l'enferme dans un postulat théorique qui ne peut que produire une pensée de la transsexualité en terme de manifestation d'un dysfonctionnement intra-psychique, et du parcours de transformation en terme de passage à l'acte aberrant. Avec de tels postulats, le chercheur s'interdit, d'emblée, toute possibilité de rendre compte de la réalité telle qu'elle se présente et se retrouve dans une impasse dans laquelle le seul discours possible à tenir est un discours idéologique (c'est ainsi que fleurissent des titres de thèses ou des expressions tels que : *l'illusion* transsexuelle, *la carrière* transsexuelle, *le fantasme* d'androgynie, *la mascarade* des sexes,...).

³⁹ Dr Cornier. Sur l'identité sexuelle. Opus cité. Page 395.

⁴⁰ C. Chiland Changer de sexe. Opus cité. Page 247.

CHOIX METHODOLOGIQUES

CONSTATS DE DEPART ET CHOIX METHODOLOGIQUES .

Constats de départ.

L'univers de la transsexualité nous plonge, d'emblée, dans une série de questionnements à propos de la confusion qui règne au sujet des catégories ; confusion qui, paradoxalement, semble agir comme un organisateur de cet univers.

Ainsi, quand on parle des « transsexuels », de qui parle-t-on ? Les professionnels nous disent que, pour eux, une personne est dite « transsexuelle » dès l'instant où le *syndrome de transsexualisme* a été reconnu par un psychiatre. Mais si vous interrogez les personnes elles-mêmes, elles vous diront :

- que la dénomination « transsexuelle » n'est que provisoire et ne concerne que le temps du parcours de réassignation (elles se nomment entre elles « les monstres ») et dès l'instant où la justice a autorisé la mention du nouveau sexe et l'usage du nouveau prénom, elles ne se considèrent plus comme des « transsexuelles ».
- qu'elles n'ont jamais reconnu le terme de *dysphorie de genre* : ce syndrome signifie, en effet, que le sujet souffre d'inadéquation à son sexe d'origine. Or, toutes les personnes vous diront qu'il n'y a pas d'inadéquation puisqu'elles se sont toujours senties appartenir au genre opposé et que le parcours de transsexualité n'est qu'une opération de rectification du corps et de reconnaissance sociale d'une identité qui a toujours été la même.

Dès le début de ma recherche, le monde de transsexualité m'apparaissait bien complexe et bien troublant. Comment s'y retrouver dans cet univers où aucune catégorie ne s'avère capable de prétendre réaliser un consensus inter-groupe (chacun d'entre eux ayant sa propre définition des catégories), où l'interrogation sur la genèse de la transsexualité ne mène qu'à une impasse, et où même le terme de transsexualité se décline tantôt en transsexualisme, tantôt en syndrome de Benjamin, tantôt sous l'appellation "transgenre".

« Dans ce monde, toutes les catégories sont fausses. Les dés sont pipés, dès le départ. Quand on emploie un terme, il ne fait jamais l'unanimité. »

précise un responsable d'association.

Mais très vite, derrière l'apparente confusion concernant la définition des catégories, apparaît peu à peu toute une logique de gestion des modalités d'interaction entre les différents groupes :

chacune des différentes définitions des catégories en présence contiennent en elles-mêmes les théories des groupes qui les revendiquent et donc la justification de leurs prises de position, de leurs actes et de leurs pratiques.

Ainsi,

quand les psychiatres définissent la transsexualité comme un trouble de dysphorie de genre, ils signifient que ce n'est pas aux personnes qu'ils vont s'adresser mais à des sujets psychopathologiques et que leur fonction est alors de tout mettre en place pour tenter de traiter la psychopathologie (notamment par la prescription de psychothérapies) et, en cas d'échec de cette première tentative, d'éviter tout risque de passage suicidaire (ce qui justifie leur délivrance d'autorisations à la transformation).

Quand les psychanalystes définissent la transsexualité comme la manifestation d'un fonctionnement psychique relevant soit de la psychose, soit des états limites, soit d'une profonde blessure narcissique, ils affirment que les revendications des transsexuels ne sont pas à prendre au pied de la lettre et que leur intervention consistera à promouvoir la nécessité d'un travail psychothérapeutique mettant à jour des événements traumatiques passés qui n'ont pu, alors, être pensés et élaborés psychiquement, car seul ce travail sur le désordre psychique peut être efficace pour dissoudre la souffrance des personnes transsexuelles sans les maintenir dans le leurre d'une factice possibilité de changement de sexe.

Quand les personnes transsexuelles elles-mêmes déclarent que la transsexualité n'a rien à voir avec une quelconque théorie de la sexualité, que la transsexualité ne renvoie qu'à un profond et durable sentiment d'être en exil dans un corps qui oblige l'appartenance à un genre dans lequel on se sent dévitalisé et complètement étranger, elles affirment le caractère transitoire

de la transsexualité. Se définir comme transsexuel ne signifie rien d'autre qu'affirmer la nécessité vitale de devoir effectuer un parcours de rectification de son corps pour le rendre en conformité avec un sentiment d'être qui n'a jamais changé. Ces personnes soulignent également l'impact des souffrances qu'elles doivent supporter du seul fait du regard social porté sur leur mal-être : la transsexualité, nous disent-elles, c'est aussi l'obligation d'apprendre à résister aux agressions extérieures, au refus des autres d'admettre leur différence, à la suspicion des "psy" persuadés que leur revendication n'est que l'expression d'un trouble psychique.

Des constats aux choix méthodologiques.

Résumé des constats de départ.

Premier constat : Les catégories contiennent, en elles-mêmes, les logiques interprétatives de la transsexualité de chacun des groupes intervenant dans le processus de transformation, ainsi que leurs intentions. C'est pourquoi, le seul fait, pour le chercheur de construire son étude à partir des concepts utilisés par certains groupes en présence, le disqualifiera, d'emblée, puisqu'il sera perçu comme partisan du débat, animé des mêmes intentions que celles du groupe spécifique qui en prône la validité.

Second constat : Axer une recherche sur la transsexualité à partir d'une théorie qui prétendrait définir une prétendue nature de la personne ne peut mener qu'à une impasse.

Les modèles explicatifs découlant des théories psychodynamiques n'ont jamais fait l'unanimité, même au sein de la communauté psychanalytique. Tous ces modèles postulent qu'à partir d'une notion-clé (tels qu'un fantasme d'androgynie, une constellation psychique parentale ne permettant pas les identifications, la forclusion du Nom-du-Père, un refus de la castration symbolique, une absence de capacité à élaborer psychiquement,...) il serait possible de faire entrer toutes les composantes de la transsexualité dans une catégorie dont on maîtriserait la genèse, la description et l'évolution future.

Les recherches sur d'éventuelles causes biologiques ou génétiques de la transsexualité n'ont, pour l'heure, apporté

aucun résultat significatif. Ainsi, les explorations, menées par l'équipe néerlandaise du Pr Gooren, autour d'une éventuelle spécificité, chez les personnes transsexuelles, d'un noyau hypothalamique⁴¹, ne permettent pas de tirer des enseignements significatifs concernant l'origine de la transsexualité.

Choix méthodologiques.

Cette impossibilité de recourir aux catégorisations proposées constitue, en fait, **un atout méthodologique** pour un chercheur en psychologie.

Celle-ci, en effet, peut être considérée comme une contrainte à construire un dispositif émancipant le chercheur de toute nécessité d'adhérer aux concepts utilisés par tel ou tel groupe mais, au contraire, l'obligeant à en observer le maniement et les effets.

C'est pourquoi, en nous soumettant à cette contrainte, nous tenterons de construire un dispositif de recherche fondé sur :

- la description des pratiques réelles des personnes et des groupes qui interagissent.
- un travail de dé-construction des concepts utilisés par les professionnels et par les personnes transsexuelles elles-mêmes, pour en saisir les effets.

⁴¹ Le point de départ de cette recherche fut la découverte de l'existence d'une structure hypothalamique différente de taille entre les hommes et les femmes. Chez les transsexuel H vers F, cette structure serait étrangement comparable à celle des Femmes. Le Pr Gooren conclut cependant cette recherche en notant : « on ne peut aller plus loin dans les conclusions car qui sait si cette ressemblance n'est pas la conséquence d'un savoir transsexuel qui aurait modifié, peu à peu, la taille de cette structure hypothalamique ? ».

LA CONSTRUCTION DU DISPOSITIF DE RECHERCHE.

La recherche en sciences humaines : le problème des faits et des interprétations.

Le danger de vouloir produire un savoir sur la nature humaine.

Les analyses d'Isabelle Stengers, de Bruno Latour et de Tobie Nathan⁴² ont montré :

- que la spécificité des conditions de production d'un savoir dans le champ des sciences humaines réside dans le fait que le seul acte consistant à énoncer un savoir **sur** une personne ou un groupe, transforme profondément cette personne ou ce groupe.

- qu'en conséquence, toute recherche en sciences humaines, s'inscrivant dans une éthique démocratique, devrait se préoccuper en priorité des modalités de construction de son propre discours en s'interrogeant sur les conséquences sociales et politiques de son entreprise.

Ainsi, quand la psychologie s'autorise à s'intéresser aux comportements spécifiques de certains individus ou de certains groupes, elle ne devrait jamais se soustraire à un questionnement sur les modifications que son intrusion génère dans la vie des gens, dans leur manière de se penser,...

En venant prendre part à la vie d'un monde, elle en transforme sa dynamique même en y injectant de nouveaux enjeux, de

⁴² Isabelle Stengers. Sciences et pouvoir. Paris, La Découverte. 1997.

Cosmopolitiques. Paris, les Empêcheurs de Penser en Rond. 1996/1997.

Bruno Latour. Aramis l'amour des techniques. Paris, La Découverte. 1992.

La science en action. Paris, Gallimard. 1995.

Tobie Nathan. Médecins et sorciers. Paris, les Empêcheurs de Penser en Rond. 1995.

nouvelles propositions, de nouvelles questions, ... ; en un mot, elle participe à la production et la transformation du monde.

Par contre, quand elle refuse de prendre en compte cette dimension, la psychologie se positionne dans un statut d'extériorité vis à vis de son objet/sujet d'étude et produit un discours **sur** le monde qui enferme ce dernier dans une description figée et mortifère.

De plus, quand elle postule l'existence d'une nature spécifique de l'humain qu'elle analyse, elle se donne comme projet de définir la nature humaine, prétend être la seule à détenir le secret et la maîtrise des outils pour y parvenir, et de ce fait, procède à une forme d'*assignation en résidence* de la personne ou des groupes auxquels elle s'intéresse.

La nécessité de doter le dispositif de certaines contraintes.

A partir de ces constats, il nous paraît essentiel de prendre en compte les remarques d'Isabelle Stengers⁴³ quand elle préconise que :

« le chercheur en sciences humaines doit se doter de contraintes pour s'interdire toute tentation de produire un discours qui aurait besoin de dupes pour se constituer en tant que tel ... la véritable question est de savoir de quoi sont capables les groupes auxquels le discours s'adresse ; en sont-ils réduits à un grognement ou ont-ils encore le droit à une parole articulée ? »

Seule l'instauration de certaines contraintes, par le chercheur, dans la construction de son dispositif, est à même d'infléchir le rapport asymétrique⁴⁴ qui existe, à priori, entre le statut de son discours et celui des personnes concernées.

Le chercheur, nous rappelle Isabelle Stengers, devrait toujours se poser la question : « si la recherche entreprise m'amène à proposer tel concept (en tant que proposition sur le monde

⁴³ Cycle de conférences d'Isabelle Stengers. Paris. Année 1997/1998.

⁴⁴ Bruno Latour. Nous n'avons jamais été modernes. La Découverte. 1997.

étudié), en quoi une telle proposition peut être intéressante dans l'existence des personnes et des groupes concernés ? Peut-on imaginer une mise en scène négociée de contraintes susceptible de se révéler digne d'intérêts, c'est à dire capable d'enrichir le monde » ?

C'est pourquoi,

- l'instauration et la prise en compte d'un véritable espace de parole pour les groupes concernés permettant un débat contradictoire,

- le choix d'un positionnement du chercheur en terme d'*indétermination*,

nous apparaissent comme des conditions nécessaires à respecter dans la construction d'un dispositif de recherche en psychologie et, si, comme le souligne P. Pignarre, nous ne souhaitons pas que

« la psychologie apparaisse comme une arme contre les groupes puisque, de par sa nature même, elle tente toujours de ramener chaque patient à ses caractéristiques individuelles qui font qu'un patient est justement incomparable aux autres. S'il est incomparable aux autres, il est seul au monde et c'est sa relation singulière au thérapeute qui est susceptible de le sauver. La psychologie est, dans la tradition occidentale, la « médecine » la plus individualisante qui soit. Elle a aussi une autre caractéristique : ses propositions sont toujours asymétriques. Aucune discussion égalitaire n'est possible entre le psychologue et le patient. Il n'y a que Ferenczi qui ait proposé l'« analyse mutuelle »⁴⁵.

⁴⁵ Philippe Pignarre. Puissance des psychotropes, pouvoir des patients. Paris, PUF. 1999. p142.

Affiliation de la recherche à des courants d'analyse.

L'analyse ethnographique.

Pour saisir la transsexualité dans ses différents aspects, nous utiliserons une stratégie de recherche ethnographique. Elle offre en effet le moyen le plus empathique et le plus rigoureux d'explorer les relations entre les idées, les gens qui les utilisent et les cadres dans lesquels ils les utilisent.

L'ethnographie est une méthode de recueil de données sur la vie quotidienne des gens qui exige que le chercheur s'immerge lui-même dans leur monde. C'est aussi un mode d'analyse qui laisse une place centrale à l'interprétation.

L'ethnographie produit sur la transsexualité un type de savoir différent que celui que produit la science positive clinique.

La science positiviste produit une forme de connaissance connue sous le nom de « faits » auxquels on attribue une objectivité parce qu'ils sont quantifiables, reproductibles et ne sont pas soumis à la discrétion interprétative du chercheur.

L'objectif d'une recherche de ce type est d'étudier le phénomène en l'isolant de son contexte.

A l'opposé, l'enquête ethnographique place le contexte - la personne transsexuelle, les membres de la famille, les intervenants professionnels et le cadre - au cœur de la question. En tant que technique de terrain, elle dépend d'une association intime avec le groupe étudié. Au lieu de rechercher l'anonymat et la distance, l'ethnographe joue un rôle actif dans le groupe qu'il étudie. Cette stratégie d'engagement a pour but de susciter des données qui ne peuvent être rapportées qu'à un membre intégré au groupe, et permet au chercheur d'observer directement les processus sociaux de ce groupe. La pratique courante de la langue est indispensable - dans ce cas, le langage de la psychologie, de la médecine (notamment de l'endocrinologie et de la chirurgie esthétique), de la justice et du monde associatif.

Appliquée au groupe, la première préoccupation de l'ethnographie concerne la façon dont les gens interprètent et donnent un sens à leur monde.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à la façon dont les gens créent du sens avec la transsexualité quand ils ont effectué le parcours de réassignation.

L'étude de la genèse et de l'évolution des catégories.

Pour explorer cette dimension, nous nous appuyerons principalement sur les travaux de Foucault.

En effet, contrairement au type d'analyse que suscite la démarche ethnographique, l'étude de la dynamique de construction d'un « monde » transsexuel et des modalités de constitution d'un sujet transsexuel suppose une analyse historique du rôle de contrôle et de surveillance des individus par des institutions.

Or, comme le soutient Foucault ⁴⁶, pour mener ce type d'analyse,

« l'on doit se dispenser du sujet constituant, se débarrasser du sujet lui-même, c'est à dire parvenir à une analyse capable de rendre compte de la constitution du sujet dans un cadre historique ».
(1980).

Dans l'archéologie du savoir (1969), Foucault ⁴⁷ soutient qu'une formation discursive, par exemple la psychopathologie, est une collection hétérogène de savoirs, dont la spécificité, l'unité et la forme ne doivent pas être compris en termes de sa logique interne ou de l'intention consciente de ses auteurs, mais bien en termes des conditions sociales et historiques à partir desquelles émerge un tel champ d'affirmations. Ce faisant, Foucault attire l'attention sur les domaines culturels dans lesquels se situe le savoir, les sites institutionnels à partir desquels il est diffusé, le statut socialement validé des autorités qui définissent les catégories du discours et le statut de ses sujets. Pour Foucault, l'importance des processus non discursifs (tels que les arrangements institutionnels et les forces économiques) tient à ce qu'ils forment les conditions mêmes des possibilités des pratiques discursives qui produisent et constituent le savoir.

⁴⁶ Michel Foucault. Dits et Ecrits IV. Paris, Gallimard.

⁴⁷ Michel Foucault. L'Archéologie du savoir. Paris, Gallimard. 1969.

Cette analyse, appliquée à notre thème de recherche, nous amène à penser le discours sur la transsexualité comme émergeant d'un ensemble complexe d'institutions ou de groupes professionnels : la psychiatrie, les institutions psychanalytiques, l'université, les institutions médicales, les codes civils, les laboratoires pharmaceutiques et les associations de personnes transsexuelles.

Dans *Surveiller et Punir* (1975), Foucault⁴⁸ aborde la relation entre l'institution, pouvoir et savoir. Foucault y analyse les institutions « disciplinaires » dans l'état moderne et les formes de discours qu'elles produisent. Pour l'auteur, le pouvoir disciplinaire ne se concentre pas sur un point unique et n'est pas nécessairement répressif. Il parle d'un réseau plus anonyme et diffus de pouvoir traversant une institution, et diffusant au-delà de ses murs dans la société. Il s'exerce au moyen d'une observation et d'une description précise et détaillée, qu'il nomme « la micro-physique » du pouvoir. Les institutions disciplinaires sont des machines d'observation, d'examen, de mesure et de documentation méticuleuses. En leur sein, les autorités observent et décrivent les qualités distinctives de leurs sujets (le malade mental, le prisonnier, l'écolier) et les constituent par là en individus. En même temps, elles exercent des jugements normatifs, évaluant les sujets entre eux et par rapport aux critères institutionnels, avec le projet d'ensemble de maximiser les résultats et de générer des gens productifs et utiles. L'approche de Foucault invite à s'intéresser à l'entretien, à l'examen, la rédaction d'une analyse de cas et à la biographie personnelle du sujet comme des éléments fondamentaux d'exercice du pouvoir. Il souligne qu'un tel pouvoir n'est pas seulement négatif. C'est une force productive qui génère à la fois des individus utiles et des formes de discours. Ainsi les institutions disciplinaires sont des sites non seulement d'enfermement et de traitement de catégories marginales d'individus, mais aussi des sites où les experts produisent et diffusent un savoir spécialisé sur ces catégories.

⁴⁸ Michel Foucault. *Surveiller et Punir*. Paris, Gallimard. 1975.

L'apport de l'anthropologie médicale et de l'approche constructiviste.

Cette dernière remarque de Foucault nous donne l'occasion de préciser les exigences de ce que l'on nomme « une analyse symétrique ».

Pour que celle-ci ne soit pas que de façade, une analyse de type symétrique de la transsexualité doit éviter deux pièges :

- celui d'une démarche relativiste qui prendrait fait et cause pour la position et le point de vue des personnes transsexuelles en stigmatisant de façon négative l'intervention des groupes professionnels en tant qu'experts représentant la société occidentale moderne.

- celui d'une démarche « externaliste » qui tente de reconstituer les passions des uns et des autres groupes en présence en fonction de leurs intérêts et qui considère que cela suffit pour rendre compte des positions, des choix et des orientations de chacune des parties en présence : avec toujours comme premiers accusés l'industrie pharmaceutique et la médecine chirurgicale ayant, toutes deux, ouvert les portes de l'offre de changement de sexe.

Le courant de l'anthropologie médicale américaine nous apporte l'exemple d'études ayant réussi à éviter ces pièges.

Ainsi, la recherche menée dans un hôpital psychiatrique d'Australie par Robert Barrett ⁴⁹ et celle réalisée en milieu ouvert (en psychiatrie de secteur) dans une ville américaine par Sue Estroff ⁵⁰ constituent des travaux anthropologiques où le recueil de données n'est pas dissocié des conditions dans lesquelles ces informations ont été recueillies et où la question du positionnement du chercheur vis à vis de son sujet d'étude

⁴⁹ Robert Barrett. La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie. 1996. Trad. Française : Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond. 1998

⁵⁰ Sue Estroff. Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion. 1981. Trad. Française : Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1998.

n'est pas éludé ni considéré comme un biais venant fausser des résultats.

Alors qu'il est psychiatre dans l'institution qu'il observe, Robert Barrett, qui est également anthropologue, montre comment, dans un hôpital psychiatrique, s'opère concrètement la transformation des « patients » en « cas ».

Comme l'indique P. Pignarre dans la quatrième de couverture de l'édition française de « La traite des fous »,

« Sans nier la spécificité des êtres schizophrènes (comme ont pu le faire les anti-psychiatres), l'auteur montre comment les appareillages conceptuels et théoriques de la schizophrénie (de la manière d'interroger les patients à l'architecture de l'hôpital) remodelent celle-ci en tentant de la saisir.

Nous avons, avec ce livre, un des exemples les plus intéressants d'analyse des pratiques actuelles quand il s'agit d'êtres humains : comment la manière dont nous nous adressons à eux ne sera pas indifférente à ce qu'ils vont dire, faire et devenir. Dans les sciences de la vie, nous n'avons pas affaire à des objets inertes, mais à des humains qui se disent « Que me veut-il ? » et qui organisent leur comportement ainsi en fonction de cette question ».

De son côté, dans une *ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Sue Estroff explique comment elle fut amenée, au cours de son travail de terrain, à prendre elle-même des neuroleptiques pour résoudre le problème de son positionnement de chercheur vis à vis des patients psychotiques et de l'équipe soignante. Son objectif étant de comprendre les ressorts faisant fonctionner le groupe social de patients, et après s'être aperçue que les malades se reconnaissent entre eux à cause des effets physiques que les médicaments antipsychotiques induisent, Sue Estroff en a déduit qu'en prenant des neuroleptiques, elle devenait membre à part entière de ce groupe, condition nécessaire pour avoir accès à un type d'information spécifique.

La démarche que nous propose l'anthropologie médicale américaine met l'accent sur la nécessité de partir de l'analyse des pratiques et de s'intéresser aux récits des patients ainsi qu'à la manière dont ils fabriquent une véritable intrigue de leur maladie.

A partir de la critique de l'utilisation de la notion de « croyance », (notion devenue inutilisable depuis que son sens s'est transformé depuis ces deux derniers siècles pour devenir l'opposé de la « connaissance »), B. Good⁵¹ nous précise qu'il est beaucoup plus prometteur de questionner, par exemple, « comment la médecine construit ses objets en conceptualisant un monde et en initiant les futurs médecins à ce monde » ou « comment une maladie grave provoque un glissement dans le vécu corporel de l'univers qui nous entoure, conduisant à *la démolition du monde* ».

« En anthropologie médicale », poursuit l'auteur, « nous prenons en compte l'hétérologie de la maladie, la multiplicité des voix et des points de vue qui se font entendre à son propos ainsi que sur son traitement ; nous étudions la manière dont ces voix, non seulement commentent la maladie et la souffrance, mais la constituent, autant qu'elles le font des thérapies et de l'allègement de la souffrance ». (p341)

Nous pensons que de tels principes méthodologiques sont applicables à une étude sur la transsexualité à la condition d'abandonner l'idée d'une analyse séparée de ce que font et pensent chacun des groupes professionnels impliqués ainsi que les personnes concernées et en faisant le choix d'aborder la question transsexuelle en terme **d'entre-capture**, ainsi que le propose Isabelle Stengers :

« Prenons l'exemple de l'orchidée et de la guêpe : il est possible d'étudier séparément et la fleur et l'insecte. Mais comment, alors rendre compte du fait que l'un ne tient pas sans l'autre ? Or, la question du : comment ça tient ? ou : comment rendre compte de deux mondes hétérogènes alors que l'un ne va pas sans l'autre ? nécessite l'invention d'une démarche écologique (l'écologie étant entendue comme l'identité d'un être qui fait lien avec les autres) capable de penser un nouvel être par capture d'où l'identité se transforme⁵² ».

⁵¹ Byron Good. Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu. 1994. Trad. Française : Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1998.

⁵² Isabelle Stengers. Conférences Paris, 1998.

L'approche ethnopsychiatrique.

- L'investigation de type ethnographique de la manière dont les gens créent du sens avec la transsexualité,
 - l'étude de la genèse et de la construction des concepts à travers le filtre d'une analyse du contrôle des individus et des groupes par les institutions
 - et une approche constructiviste des modalités par lesquelles, au travers de la multiplicité des voix et des actes qui interagissent, se constitue un monde transsexuel,
- sont autant d'axes d'investigations susceptibles de venir enrichir une approche ethnopsychiatrique de la question transsexuelle.

Rappelons les spécificités de la démarche ethnopsychiatrique, telles que les décrit Tobie Nathan ⁵³:

⁵³ Tobie Nathan. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie n° 34. Pages 13 - 14.

« J'appellerai Ethnopsychiatrie :

Une discipline qui se donne pour objet l'analyse de tous les systèmes thérapeutiques, sans exclusive ni hiérarchie, qu'ils se revendiquent « savants » ou qu'ils se présentent comme spécifiques à une communauté - ethnique, religieuse ou sociale. L'ethnopsychiatrie se propose de les décrire, d'en extraire la rationalité propre et surtout de mettre en valeur leur caractère nécessaire. Cette discipline revendique une scientificité spécifique du fait que, envisageant les systèmes thérapeutiques comme la propriété d'un groupe, elle cherche à démontrer ses hypothèses en inventant des méthodes permettant aux représentants de ces groupes de se prononcer sur leur validité.

Une discipline qui se propose d'éprouver les concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie aux risques des théories des groupes dont elle étudie les systèmes thérapeutiques. Elle ne prend donc pas parti dans la querelle opposant les tenants d'une validité universelle des concepts psychanalytiques, des entités nosographiques de la psychiatrie, des concepts issus des recherches en psychologie cognitive et les tenants d'un relativisme culturel. Elle se contente d'inventer des méthodes destinées à mettre ces théories à l'épreuve des réalités culturelles et cliniques qu'elle observe.

Une pratique clinique innovante qui tire les leçons des hypothèses et des conclusions des points (1) et (2), décidant d'intégrer dans son dispositif :

les solutions techniques qu'elle a su identifier dans son investigation des systèmes thérapeutiques.

les innovations auxquelles elle est parvenue dans sa discussion des concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie.

des évaluations spécifiques se référant tant aux normes habituelles qu'à celles des groupes et des communautés dont sont issues les personnes qu'elle prend en charge.

Cette pratique clinique est destinée à intervenir dans des situations de désordre que l'on peut considérer psychologiques, sociaux, culturels ou institutionnels ».

Le choix d'une démarche ethnopsychiatrique pour étudier la transsexualité se fonde sur les constats et les a-priori suivants :

- les constats :

tout discours psychologique sur la transsexualité doit s'interdire de réduire la question transsexuelle en un état psychopathologique dans la mesure où cette opération de réduction isole la personne transsexuelle de ses affiliations et la transforme en un sujet souffrant d'un dysfonctionnement psychique dont elle ignore le mécanisme. Privée de la crédibilité de sa parole, coupée de ses groupes d'appartenance, la personne transsexuelle ne peut que devenir adepte de la théorie qui est énoncée sur sa propre nature qu'elle méconnaît

ou adopter une attitude de type paranoïaque pour se protéger des intentions de la psychologie à son égard.

Dans la mesure où la transsexualité est née de la rencontre conjointe de la psychologie, la médecine, la justice et du social, un discours psychologique qui se voudrait totalisant sur un tel sujet ne peut apparaître que comme un amalgame d'arguments grossissant et déformant une réalité complexe qui dépasse les limites de sa discipline.

- les a-priori :

- L'ethnopsychiatrie étant la mise en place de thérapeutiques à partir de la spécificité des populations et pas l'inverse, nous supposerons qu'il est intéressant d'interroger la transsexualité, non pas à partir des groupes statistiques de la psychiatrie mais à partir des groupes de transsexuels : c'est, en effet, à ces seules communautés que les personnes concernées disent appartenir et non pas aux catégories psychopathologiques.
- Nous postulerons également qu'au delà des personnes existent des choses, des forces et des êtres qui agissent en profondeur. Au lieu d'analyser le comportement des personnes en terme de fonctionnement psychique, nous tenterons de faire apparaître ces choses, ces forces ou ces êtres qui tentent de se manifester au travers des personnes.

A partir de ces constats et de ces à-priori, nous adopterons donc une démarche de type ethnopsychiatrique dans la mesure où cette démarche :

- ne suppose pas l'affiliation à une quelconque théorie de la personne.
- ne procède pas à une opération de dégroupage des gens.
- s'enrichit, au contraire, de l'existence des groupes et de leur capacité à activer un dispositif contradictoire.
- cherche, par la mise en place de ce dispositif, à faire apparaître la véritable complexité du monde de la transsexualité et les forces qui l'animent en profondeur.

La construction du dispositif de recherche.

Comme nous l'avons précisé dans la première partie, ce travail de recherche s'inscrit comme une des pistes d'explorations entreprises par le groupe de recherche sur la transsexualité au *centre Georges Devereux*. Dans le cadre du mémoire de DEA, nous avons, choisi de nous centrer sur la question suivante :

Une fois le parcours de transformation achevé, que deviennent les nouveaux êtres réassignés ?

Dans la mesure où nous voulons faire apparaître les logiques sous-jacentes d'une telle entreprise de transformation d'êtres humains, qui convoque la participation de réseaux multiples, animés chacun d'intérêts spécifiques, et que nous voulons observer les effets réels, pour les personnes concernées, de la traversée d'un parcours de réassignation, il nous est apparu nécessaire de construire un dispositif de recherche complexe incluant :

- une investigation que l'on pourrait dire "ethnographique" en décrivant les pratiques réelles du parcours de transformation, les activités des différents réseaux existants (les associations, les centres de chirurgie en France et à l'étranger, les groupes de réflexion au sein des écoles psychanalytiques, les rencontres transversales sur la question transsexuelle,...).
- une recherche historique de la genèse et de l'évolution des catégorisations qui structurent le monde de la transsexualité.
- un travail de type journalistique de recueil et de croisement des informations par la lecture des publications, des recherches,
- un travail clinique basé sur des entretiens avec des personnes ayant terminé leurs parcours de réassignation.

Nous rechercherons ce que vivent réellement les candidats à la nomination de la transsexualité : ce qu'elles font, qui elles rencontrent et comment elles négocient au quotidien les difficultés de vivre , pendant plusieurs années, la lente

métamorphose de leur être, de leur manière de se présenter à l'extérieur.

Parallèlement, nous tenterons de recueillir des éléments sur la manière dont chacun des groupes professionnels intervient dans la réalisation du parcours de réassignation.

INVESTIGATIONS CLINIQUES *et* RECUEIL DES DONNEES.

PRESENTATION DU TRAVAIL DE TERRAIN.

Les conditions de recueil de données.

Quand Tobie Nathan me suggéra de rencontrer des transsexuel(le)s qui avaient achevé leur parcours de réassignation, la première réaction des gens qui s'intéressaient à la question fut de me prévenir que j'aurai beaucoup de difficulté à entrer en contact avec ces personnes car une fois leur parcours achevé, elles ne tiennent pas à revenir sur leur passé. C'est une nouvelle vie qui commence pour elles ; pendant de longues années, elles ont attendu et espéré ce moment où elles pourraient enfin se fondre dans le commun des mortels.

Je ne fus pas surpris par cette mise en garde sur les difficultés d'accès à mon terrain de recherche, auxquelles je risquais d'être confronté : celles-ci sont, en effet, signalées dans différents ouvrages ou articles par des auteurs⁵⁴ qui, à l'instar de Colette Chiland, déplorent

« le manque d'études catamnétiques qui sont pourtant cruciales pour savoir si leur santé mentale s'est améliorée... On ne revoie que les patients qui ont été opérés dans des centres Hospitaliers Universitaires ou publics où l'on est soucieux des recherches. Les autres sont perdus dans la nature, inaccessibles. Mais, même dans les Centres hospitaliers universitaires ou publics, on ne revoie

⁵⁴ Notons que ces auteurs sont tous des professionnels de la médecine ou de la psychologie. En revanche, les chercheurs, notamment américains, qui sont également transgenres ou ex-transsexuels ne déplorent pas cette « disparition dans la nature » des personnes réassignées. (voir, par exemple, les communications de Anne Lawrence (1997) au 15^e congrès de la HBIGDA : l'Association Internationale Harry Benjamin sur la Dysphorie de Genre).

pas tous les patients. Il faudrait pour les revoir passer avec eux un contrat dès le début de la prise en soins, par lequel ils s'engageraient à revenir régulièrement et à donner leur adresse en cas de déménagement pour qu'on puisse les contacter, comme on le fait pour un certain nombre de maladies... Mais les médecins pensent généralement que les patients doivent être libres de vivre incognito, loin des médecins qui les ont soignés, de sorte que l'on ne peut pas vraiment faire la preuve de la non nocivité, ou mieux du bien-fondé de ce traitement étrange⁵⁵».

Etat des lieux des études catamnestiques.

Colette Chiland consacre un chapitre de son livre « Changer de sexe⁵⁶ » à la question de ce que sont devenues les personnes réassignées.

Après avoir brossé un tableau des différentes études publiées jusqu'en 1993, et émis des critiques sur la faible taille de l'échantillonnage, sur les variables retenues *pas toujours les plus pertinentes*, sur la durée trop faible de la catamnèse, ou sur l'absence de distinction entre les transsexuels MtF et FtM, l'auteur pose le problème d'un groupe contrôle (un groupe de non opérés qui serait comparable à tous égards à un groupe d'opérés) qui s'avère, dit-elle, *impossible à résoudre* pour des raisons éthiques : on ne peut imaginer constituer deux échantillons, tous deux candidats à la réassignation, et n'autoriser l'opération qu'à une des deux populations.

« On en revient, dit-elle, à la nécessité de multiplier les cas uniques et de regrouper les constats ». (147).

⁵⁵ Colette Chiland. « Des transsexuels opérés » in Revue Forensic 1996. P35.

⁵⁶ Colette Chiland. Changer de sexe. Paris, Odile Jacob. 1997. Chapitre IX. opus cité. P141 - 182.

Colette Chiland rapporte ensuite les conclusions d'une étude qu'elle a elle-même menée (malheureusement, elle ne nous informe pas de la date de cette étude) à partir d'un échantillon de patients (vingt deux MtF et vingt sept FtM) suivis par les professeurs Banzet, Breton et Lutton.

*«41% des MtF et 4% des FtM sont des **assistés sociaux** ; un seul des 49 patients déclare **regretter l'intervention** ⁵⁷ ; il n'y a eu **aucun suicide** ⁵⁸ et aucun cas de **survenue d'épisode psychotique** franc après l'opération ; les patients ont tous dit qu'ils avaient été **informés de manière réaliste et vraie** sur les limites de la chirurgie ; à l'exception d'un seul, ils ont tous dit : « **Si c'était à refaire, je le referai** ; maintenant je suis moi-même, avant je jouais un rôle, je regrette seulement de ne pas l'avoir fait plus tôt » ; ils parlent tous de **nouvelle naissance**, de soulagement et libération ; beaucoup de transsexuels opérés **se plaignent de leur isolement**.... ».*

Colette Chiland conclue en soulignant que

« les entretiens catamnétiques sont plus riches que les entretiens initiaux car les patients, ayant obtenu ce qu'ils demandaient, parlent plus librement et le disent : « pendant le traitement, on avait peur de dire quelque chose qui serait interprété d'une certaine façon, on se méfiait » ; d'autre part, elles tiennent des propos qui font la preuve d'une évaluation plus réaliste de leur condition que ce que la plupart des auteurs rapportent ».

⁵⁷ Pfäfflin F. note la même proportion (1%) dans : Regrets after sex reassignment surgery

in Gender Dysphoria, Interdisciplinary Approaches in Clinical Management Bockting W.O. New York The Haworth Press. 1992. (cité *in* Chiland 1997).

⁵⁸ Pauly I. B. évalue les suicides à 3% *in* Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals.

Australian and New Zealand journal of Psychiatry, 15,1, 1981, 45-51. (cité *in* Chiland 1997).

La construction d'un cadre de rencontres.

Alors que je m'attendais à devoir surmonter de nombreux obstacles pour réaliser des entretiens, dans les faits, je n'ai eu aucune difficulté pour rencontrer des personnes réassignées. Ceci résulte, probablement, de la nature de la relation qui a été établie avec les personnes interviewées, et, plus précisément, de leur conviction que les témoignages ne serviraient pas des intentions de recherche se révélant, par la suite, insultantes à leur égard.

Travaillant dans l'équipe de recherche⁵⁹ animée par Françoise Sironi depuis deux ans, je partage la vie de ce groupe avec Tom Reucher qui termine ses études de psychologie et qui est également fondateur d'une des associations, en France, de transsexuels.

C'est essentiellement grâce à l'aide qu'il m'a apportée en me présentant auprès de personnes qu'il avait aidées et qui, aujourd'hui, ont achevé leur parcours, qu'une dizaine d'anciens membres de cette association ont accepté, en toute confiance, de témoigner de leur parcours et de leur vie actuelle.

Dans ce texte, je ne présenterai pourtant que trois témoignages qui ne concernent que des parcours MtF.

L'absence de témoignages de personnes FtM constitue, bien sûr, une limitation restrictive à l'analyse et aux interprétations que l'on pourra proposer.

C'est pourquoi ce travail est à entendre comme un début de recherche, une mise en risque d'une autre démarche méthodologique que celles habituellement adoptées dans l'approche de la transsexualité.

Deux des trois témoignages sont le résultats de rencontres initiées par Tom Reucher ; quant au troisième, il est le fruit d'une correspondance régulière par E.Mail avec une

⁵⁹ Une des multiples activités du *centre Georges Devereux*. Ce groupe de recherche sur la transsexualité ne dissocie pas la clinique de la recherche. Il travaille ainsi à partir de suivis de personnes transsexuelles (qui n'ont pas achevé le parcours), et de consultations de type ethnopsychiatrique, rassemblant, autour d'un problème qui est pensé en rapport avec la transsexualité, l'ensemble des représentants de tous les réseaux impliqués dans cette problématique : les acteurs sociaux, les médecins, les psychologues, ... participent à la consultation au même titre que la personne dite transsexuelle, sa famille, les amis, les associations de transsexuelle,

psychologue transgénériste néerlandaise rencontrée lors d'un colloque en septembre 1998 à Oxford ⁶⁰.

Précisons que si la partie clinique de ce travail ne s'appuie que sur l'analyse d'entretiens ne concernant que trois personnes, c'est notamment parce que nous avons choisi d'aménager un véritable cadre de rencontre pour réaliser les entretiens.

Or, toute rencontre nécessite du temps, de la patience et l'installation d'un climat de confiance entre les participants.

Nous soutiendrons le choix de cette démarche en évoquant plusieurs points :

- Il paraissait inconcevable de rencontrer une seule fois les gens pour recueillir leurs témoignages et de disparaître en quête de nouveaux entretiens.

Dans la mesure où l'acte de témoigner constituait un véritable travail de la part des personnes, (puisque tout leur parcours a consisté à tenter d'effacer des traces du passé pour débiter *une nouvelle vie*), il nous fallait entendre leur acceptation de l'entretien comme accompagnée d'une demande implicite d'un contrôle de l'utilisation qui serait faite de leurs témoignages.

- Sachant que ces personnes ont été contraintes, pendant de longues années, à rencontrer des psychologues et des psychothérapeutes dans un cadre imposé par le parcours, celui de l'entretien que nous souhaitions réaliser ne devait, en aucun cas, être assimilable à ce qui avait été vécu, auparavant. La qualité des échanges était en jeu : les personnes transsexuelles apprennent, nous le verrons, fort bien à détecter les intentions de leurs interlocuteurs et à savoir donner le change.

- Sachant enfin que le contenu et la qualité des échanges seraient fonction du cadre dans lequel se déroulerait l'entretien, nous avons pris soin de tout faire pour que les personnes rencontrées se sentent en confiance et ne soient pas préoccupées de dire ce qu'elles supposaient qu'il fallait dire.

C'est pourquoi nous avons réalisé ces entretiens en accueillant les personnes

⁶⁰ The third international congress on sex and gender organisé par l'association Press for Change.

- loin de l'espace quotidien où elle vivent actuellement et en respectant la plus grande discrétion vis à vis de leur entourage,
- dans un lieu non institutionnel,
- en groupe (pour éviter l'instauration d'un échange duel où mon statut de chercheur-psychologue aurait été omniprésent),
- sans présumer de la durée ni du nombre des rencontres qui allaient être nécessaires. Il nous semblait important que la décision de tout dire en une seule fois ou d'aborder les choses au cours de plusieurs rencontres soit du ressort de la personne elle-même.

Un dernier point, enfin, concernant la méthode de recueil des données :

chaque entretien enregistré a été retranscrit et son contenu a été soumis à la lecture par la personne elle-même. Des modifications ont, ainsi, pu être apportées concernant certains points abordés oralement qui, une fois écrits, se sont révélés ne plus être fidèles au témoignage initial.

ANALYSE DES ENTRETIENS .

Méthode d'analyse.

Le statut des données recueillies en entretien.

A partir d'entretiens cliniques, l'exploitation des informations recueillies doit tenir compte du contexte dans lequel les données sont apparues. Car ce ne sont pas des faits bruts, dont on dispose, des données qui auraient valeur de vérité en soi, mais d'une série de réponses à des inductions de la part de l'interviewer qui a eu besoin de construire un dispositif artificiel de rencontre pour satisfaire différentes intentions qui se révéleront notamment, ensuite, dans l'exploitation qu'il fera de son entretien.

En acceptant cette mise en scène, la personne interviewée n'ignore pas cette dimension du contexte de l'entretien auquel elle se prête. C'est pourquoi l'entretien est à entendre comme un cadre faisant émerger, non pas un récit spontané, mais une narration qui est la résultante d'une négociation entre les intérêts des deux protagonistes.

Pour exploiter les entretiens que nous avons menés, nous devons donc procéder à une analyse de nos inductions :

Tout d'abord, c'est à un chercheur en psychologie, que les personnes ont répondu à l'interview. Elles ont donc privilégié, dans leur discours, l'abord de nombreux thèmes susceptibles d'intéresser un psychologue, en insistant, notamment sur des points tels que :

- l'enfance (les difficultés relationnelles au sein de la famille, l'évocation de structures psychiques particulières chez les parents),
- l'adolescence (leur impossibilité à tisser des relations amoureuses ou d'amitié avec d'autres adolescents),
- l'existence d'un monde intérieur (peuplé de sensations, de fantasmes, de pulsions à se vêtir dans l'autre genre, ...) qu'elles présentent toutes comme un lieu de forces qui s'imposent à leur volonté et les poussent à des actes qui, si elles les accomplissaient, seraient inacceptables par leur entourage.

- et l'explicitation d'une théorie psychologique de la transsexualité à laquelle elles adhèrent.

Cependant, connaissant mes liens et ma collaboration avec Tom Reucher, responsable d'association (qui m'avait mis en contact et présenté à elles), ayant appris que des personnes transsexuelles avaient assisté à la soutenance de mon mémoire de DESS, l'an passé, je n'étais pas perçu comme un psychologue ordinaire, comme étant membre du groupe des psychothérapeutes qu'elles avaient dû rencontrer durant leur parcours. Elles l'avaient d'ailleurs toutes précisé en acceptant les entretiens :

«Si j'accepte de témoigner, je le fais pour Tom. Pour son aide quand je traversais le parcours, pour son travail d'engagement auprès des personnes transsexuelles ; je lui dois bien ça. Et si mon témoignage peut servir à quelque chose pour faire avancer la situation des personnes transsexuelles en France, alors, je veux bien. Mais ce n'est pas de gaieté de cœur : maintenant je vis une autre vie et je n'ai aucune envie de replonger dans les histoires du passé. C'était trop douloureux ».

Etant assurées de mes intentions bienveillantes à l'égard de leurs propos, les personnes rencontrées se sont toutes autorisées à émettre des critiques sur la pratique des psychiatres et des psychologues qui sont intervenus dans leur parcours, notamment sur la manière dont ils se sont adressés à elles.

Analyse thématique.

En partant de la retranscription des entretiens que nous avons eus avec Sylvie et Francine, nous procéderons à un regroupement des thèmes abordés, ce qui nous permettra de reconstituer les étapes qui semblent importantes dans le parcours puis de faire apparaître certains éléments dont on interrogera la puissance active dans le processus de transformation de la personne transsexuelle.

Le fil conducteur des différents récits.

premier récit : Sylvie.

Sylvie, 36 ans, est aujourd'hui médecin généraliste en banlieue parisienne. Ne souhaitant pas que nous nous rencontrions ni chez elle, ni dans la région où elle travaille, l'entretien a lieu à Paris, à mon domicile, à l'occasion d'un rendez-vous que Sylvie avait auparavant avec son épilatrice.

Sylvie — je n'ai pas envie que Mireille, qui est la femme avec laquelle je vis actuellement, soit mêlée à cet entretien, dont le sujet concerne mon passé. Avec Mireille, c'est une vie au présent et au futur que nous construisons. Mon passé, c'est une autre histoire.

L'entretien débute par l'évocation des démarches qu'entreprend actuellement Sylvie pour adopter un enfant, son activité de médecin et ses projets de se spécialiser en esthétique. Puis, elle raconte tout son parcours en suivant un ordre chronologique : son enfance dans une famille aisée, l'apparition des premiers troubles et questionnements sur son identité de genre, son adolescence, ses premières relations sexuelles, puis sa rencontre avec le milieu transsexuel et sa déclaration d'intention de transformation faite à sa famille. Après l'évocation des ruptures avec ses anciennes relations, Sylvie nous explique toutes les difficultés qui surgissent le temps de la transformation quand il faut conserver une crédibilité à l'extérieur tout en « passant » d'une apparence d'homme à celle de femme, ne pas perdre une activité sociale pour vivre et payer les différentes opérations. A chaque étape de la transformation, nous précise-t-elle, il faut trouver de nouvelles solutions pour rester cohérente et crédible. Des effets de la prise d'hormones, aux contraintes et aux dangers de l'épilation, de la nécessité de travailler sa voix à l'importance de pouvoir réagir au ralentissement du parcours par les psy, des stratégies à inventer pour obtenir le changement de prénom au vécu traumatique de l'examen

d'expertise demandé par le tribunal, Sylvie nous détaille pratiquement comment elle a su traverser le parcours et commencer une *nouvelle vie* avec sa compagne.

Second récit : Francine.

Francine est une femme de 53 ans, timide et réservée. Elle vit seule dans un appartement en banlieue nord. Nous convenons d'une rencontre également sur Paris, à l'occasion de l'achat d'un harmonica qu'elle doit effectuer chez Paul Beuscher, pour parfaire la rééducation de sa voix.

Francine a préparé un texte qu'elle nous lit dès le début de l'entretien « par peur d'oublier l'essentiel ». Puis, peu à peu, Francine se détend et nous discuterons deux heures à partir des points évoqués dans son texte.

Après avoir évoqué son enfance vécue dans un climat familial froid et distant (« j'ai eu une enfance morte »), Francine évoque son premier mariage (elle a un fils d'une trentaine d'années) et comment son ex femme a découvert son irrésistible besoin de se vêtir en femme et de partir dans les bois pour s'adonner à des comportements qu'elle nomme « d'auto-destruction » ; elle décide alors d'en parler à son médecin généraliste sa rencontre avec son médecin généraliste qui l'oriente vers le Pr Breton puis commencent les différentes étapes de son parcours de transformation. Francine insiste sur l'importance d'avoir pu garder son travail de tapissier et sa fonction de délégué(e) du personnel, les ressources qu'elle trouvait dans sa passion pour la peinture et le rôle qu'a joué le sport comme source d'information et de contrôle des effets des hormones.

Enfin, Francine évoque sa situation actuelle ainsi que ses projets.

Troisième récit : Ariane.

La correspondance par E-mail avec Ariana constitue une toute autre forme de recueil de données dont je souhaitais expérimenter et l'intérêt et les limites.

J'ai rencontré Ariana lors d'un congrès sur la transsexualité, organisé par une association de transsexuels, à Oxford en septembre 1998. D'origine néerlandaise mais vivant (à l'époque) à Boston, Ariana se définit comme une psychologue

« transgenre » travaillant au sein d'une équipe de soin et d'accompagnement de personnes transgenres. Aujourd'hui, Ariana est retournée vivre aux Pays Bas où elle espère passer son PhD en travaillant dans l'équipe du Pr Gooren à Amsterdam.

L'intérêt de la correspondance par E-mail réside dans la possibilité qu'elle offre d'entrer en contact suivi avec d'autres chercheurs peu accessibles autrement.

Par contre, les limites sont liées, en ce qui me concerne, au manque de pratique de la langue anglaise. Heureusement, comme bon nombre de néerlandais(es), Ariana comprend assez bien le français.

Dans ses correspondances, Ariana évoque son enfance et ce qui a représenté, à ses yeux, un événement déclencheur de son parcours transgendériste. Puis, elle insiste sur la nécessité d'un tissu relationnel compréhensif et structurant et sur l'importance du travail pour l'équilibre personnel et pour réaliser les différentes opérations nécessaires à la crédibilité.

Nos échanges sont également l'occasion de comparer, de psychologue à psychologue, les différents courants de recherche existant dans les pays anglo-saxons et en France.

Regroupement thématique.

La comparaison des différents entretiens nous a permis de procéder au regroupement thématique suivant :

- spécificité de la famille, évocation de l'enfance et de l'adolescence.
- omniprésence de questionnements sur soi, qui se mettent à *tourner à l'intérieur*, tant il paraît évident que ces questions ne sont pas entendables à l'extérieur. Le décalage entre le monde intérieur et le monde extérieur s'accroît.
- amplification du trouble et nécessité de sortir de l'ambiguïté. (respecter ces forces intérieures obscures ou *rentrer dans le moule* ?)
- premier événement ou les prémisses du parcours : l'annonce faite aux proches.
- second événement : le début du parcours. Rencontre avec le psychiatre puis avec les psychologues.
- rupture des anciennes relations.

- maintien de certaines choses, notamment le travail.
- la rencontre avec le monde transsexuel.
- de nouvelles pratiques.
- le temps de la double vie.
- la transformation du corps.
- l'officialisation du changement de genre : les tribunaux, l'expertise et les changements de papiers.
- la difficulté de recréer un nouveau tissu relationnel.
- le coût.
- le résultat : je ne suis pas une femme ordinaire.
- la vie actuelle.

La richesse et la cohérence des témoignages supposent la lecture intégrale des récits. Cependant, vue la densité de chacun d'entre eux, nous sommes contraints de procéder par vignettes cliniques pour illustrer chacun de ces thèmes.

La spécificité de la famille, de l'enfance et de l'adolescence.

Les personnes réassignées sont très prolixes sur des thèmes tels que : l'enfance, la dynamique familiale ou la description *psychique* des parents.

Les tableaux d'enfants qui sont brossés racontent comment, dès le plus jeune âge, s'installe un sentiment de déconnexion et d'isolement vis à vis de l'environnement familial

Francine — Petit ? ... non, petit, j'étais comme tout le monde. J'ai été élevée comme tout le monde. Mais je n'ai pas ressenti de chaleur dans la famille. Pas du tout. J'étais un peu déséquilibrée de ce côté là parce qu'il n'y avait pas, il n'y avait rien, quoi. C'était mort.

Quand je ramenait un copain à la maison, c'était tout de suite : « non, tu ne ramèneras pas de copain à la

maison ». Il ne fallait jamais amener personne chez moi. Enfin, chez mes parents....

Sylvie — J'ai été élevée à coups de païes de claques. Surtout par mon père. Qui, lui-même, avait probablement été élevé à coups de ceinture. Donc, une certaine violence. Peut-être pas dans la force des coups, ils étaient fréquents ; il n'y avait pas un soir sans tension, d'ambiance tendue et une violence verbale, c'était tout de suite les hauts cris. C'était abominable. J'ai toujours vécu dans le stress. « Je suis encore bonne pour me ramasser une paire de claques.

et notamment des parents qui sont présentés comme le plus souvent froids, des fois violents, toujours incapables de signifier de la curiosité et de l'intérêt pour chercher à comprendre ce que ressent et vit leur enfant.

Francine — Pour parler de mon enfance difficile, j'étais très timide, j'avais une mère autoritaire, je faisais des cauchemars la nuit : je voyais des bêtes partout. Mon père était inexistant. J'ai reçu des gifles très souvent de ma mère. Et une fois mon père fit un nœud à un torchon qui me frappa le visage. J'avais pris une habitude de me protéger le visage de mes bras, à chaque fois que ma mère élevait la voix.

Fréquemment, sont évoqués des situations, pourtant apparemment banales, faisant état d'une remarque ou d'un comportement parental que l'enfant a reçu comme un message paradoxal, voire insensé.

Sylvie — Mon père, c'est un père très bizarre. Qui ne parlait jamais, très secret. Un père qui a un visage à couper au couteau et qui, quand il était à la plage, s'amusait à se tirer les poils du sein et qui disait tout

le temps - bien sûr, question d'interprétation, est-ce que c'est vrai ? est-ce que c'est faux ? moi, je ne sais pas, je cite les choses -

« Alors, mon fils, Sois un Homme, Sois un Homme ! »

Qu'est-ce que j'ai pu l'entendre ! « Pourquoi il m'a dit ça ? » toujours la peur d'être reconnue, découverte :

« Pourquoi il me dit ça ? Pourquoi ?

Ces dysfonctionnements de la communication, nous disent les personnes, ont été générateurs d'une série de questionnements intérieurs et d'une conviction que dans ce monde, on ne peut pas dire tout ce qu'on pense et tout ce qu'on ressent et qu'il y a nécessité vitale de découpler le monde intérieur du monde extérieur.

Ce type d'événements est, ensuite, mis en rapport avec d'autres situations de l'enfance interprétées comme similaires (par exemple à l'école, avec les copains,...) et c'est ainsi que, peu à peu, s'installe la conviction *d'être un enfant singulier*.

Sylvie — Je me souviens, à 7 ans, la honte de faire pipi à côté des autres, parce que les copains, et je te dépouille la culotte parce que tu te caches le zizi ; bon, moi qui n'avais pas envie de me mettre à poil devant les autres parce que très mal à l'aise, et un truc que j'avais horreur : les salles où on se changerait pour le sport : c'était un truc : j'étais verte. Je me rappelle, à l'école primaire, on a été au cirque d'hiver ; à la sortie : comme on avait tous rigolé : tout le monde se rue dans les toilettes. Et, dès l'entrée dans les toilettes, je me suis dit : « mince ! des pissotières ! » Les pissotières, c'est vraiment l'emblème masculin : ça veut dire se dépouiler devant les autres. Je n'y ai pas été. J'ai eu comme ça, plusieurs fois, mal à force de me retenir. C'est peut-être anal mais j'ai toujours eu des histoires de retenir ; et c'était toujours abominable.

Une autre chose de mon enfance : je m'étais aperçue que j'étais droitière mais pas une vraie droitière : je suis gauchère de l'œil. Et on sait qu'il y a beaucoup plus de gauchers chez les trans, et chez les homos que dans la population « normale ».

En plus, je suis « ambidextre » : j'hésite. Tiens, histoires de foot : Encore un truc génial : On me lance la balle entre les jambes. Avec quel pied je shoote ? le droit ou le gauche ?

Aussi, l'autre complexe qui s'est surajouté : le fait que j'étais très petite longtemps, la plus petite de la classe.

On m'a offert un déguisement de Robin des Bois. Quoi de plus banal ?

Dans ce déguisement, il y avait un collant ; mais pas un collant en laine, un collant opaque, un vrai collant transparent, en nylon, de petite fille.

Qu'est ce que je mettais dans le déguisement ? Que le collant.

Le collant, je le mettais, mais c'était surtout , bien sûr, quelque chose qui plaquait mon corps ; et je cachais mon sexe entre mes jambes. Je faisais le coup du « cache zizi ». Tous les petits garçons ont du faire ça étant petits, j'en sais rien ; mais le seul plaisir pour moi, c'était me regarder dans une glace et d'être - je peux dire - homogène.

Il y avait à la fois... j'étais éduquée dans une famille où l'esprit visuel est très important : j'ai 3 générations de femmes peintres au dessus de moi.

Mais, en fait, j'ai mis beaucoup de temps aussi à comprendre que je fonctionnais pas dans le visuel.

Moi, je fonctionne au tactile. Je suis quelqu'un de sensitif, de sensible, je ne sais pas comment on dit, enfin il y a différents types de personnalité. En fait, ce que j'aimais, c'était ce côté soyeux, de toucher. L'enveloppement, le toucher. Pour moi, l'univers féminin, ça a toujours été vécu comme un univers rond, un univers qui n'a pas d'imperfection.

Le psychologue — Le moment « Robin des Bois », ça a été une découverte ?

Sylvie — Ah oui, il se passe quelque chose mais la chose n'est pas résolue. Ça ne m'a pas empêchée d'avoir des jeux de garçons de me déguiser en cow-boys, le côté ludique n'avait rien à voir. J'avais plein de petits personnages, je faisais des batailles.

Pour moi, il y avait 2 univers : il y avait mon univers intime avec mon physique où j'ai compris très tôt qu'il ne fallait pas que j'en parle, sans ça, je crevais : c'était ça ou la mort ; c'était... j'ai compris très tôt que si j'en parlais, j'en crevais, ou on me crevait. Enfin, il y avait, comme... une espèce d'épée de Damoclès .

D'autre part, on ne peut oublier que toutes ces portraits de l'enfance sont l'œuvre de personnes qui ont fréquenté des années durant les cabinets des psychologues, des psychiatres et des psychothérapeutes et que nous avons là, des récits d'une reconstruction du passé par le filtre de théories psychologiques et psychanalytiques. Le choix d'expressions et de concepts spécialisés en témoignent, ainsi que l'évocation d'étiologies trans-générationnelles pour expliquer l'origine du problème identitaire.

Sylvie — Mon père aurait dû être une fille et s'appeler Marie. Alors quand mon père est né, on a dit « Mario ». Et voilà ! on rectifie !

Mon père a été habillé en petite fille jusqu'à l'âge de ??? Il ne faut pas oublier qu'on habillait les garçons en filles jusqu'à l'âge de 2 ans mais c'est la génération de mes grands parents , pas de mes parents !

Mais mon père est né en 36. En 36, on n'habillait plus les garçons en petites filles jusqu'à l'âge de 2 ans ou 5 ans !

Il y a quand même des antécédents.

Des questions qui « tournent » à l'intérieur et des comportements, à l'extérieur, qu'il faut cacher...

Après avoir fait le récit d'une enfance et une adolescence marquée par ce sentiment d'un monde intérieur habité de questions, de forces contradictoires qui poussent à des actes qui ne peuvent être entendus à l'extérieur, les témoignages font état d'une amplification de ces ressentis contradictoires et de tentatives, toujours échouées, soit de « rentrer dans le moule », soit de vivre en accord avec ces forces sombres qui s'imposent.

SYLVIE

Sylvie — Et, toujours pareil, j'avais la peur d'être découverte. La peur d'être découverte et à la fois l'envie d'être comme les autres garçons puisqu'on veut rentrer dans le moule. Tous les enfants ont envie de rentrer dans un moule. Et puis l'autre côté, en se disant « il y a quelque chose qui déconne ». Donc, il y a toujours des moments où on se laisse aller et d'autres moments où on se dit « bon allez, tu déconnes , t'es un garçon et puis, faut abonder dans le sens garçon ». Parce qu'il y a aussi ces allers et retours. Ces allers et retours constants. Soit on s'abandonne et on commence à accumuler des fringues et on planque ; soit, on se dit « alors hop, tu jettes tout et allez, tu te ressaisis ». Ça, pendant 10

ans ! Et ça devient complètement délirant. Il n'y a plus que ça dans la tête.

FRANCINE

Francine — A mon adolescence, j'ai eu une rencontre homosexuelle avec un autre ado. Je me suis mise à faire du sport. Ce qui m'empêchait de penser au « tabou » que ma famille évitait d'aborder.

Je suis venue sur Paris, j'avais 14 ans, 15 ans, avec la famille. A cette époque là, c'est vrai, j'ai eu du mal à supporter Paris.

Parce que j'aimais bien aller dans les champs, les bois, me promener, moi, j'aimais bien ; c'était déjà une solitude, en fait. Parce que j'aimais pas trop le rapport humain parce qu'on m'en donnait pas ; alors, moi, ma compagnie, c'était les oiseaux, c'était les champs, la forêt.

SYLVIE

Sylvie — Il y a beaucoup de transsexuel(le)s qui disent que c'est à partir de l'âge de 4 ans qu'ils ont pressenti leur transsexualité. Moi, je dis, avec certitude, que c'est à partir de l'âge de 7 ans.

A partir de l'âge de 7 ans, j'avais cette question qui me tournait dans la tête : « Est-ce que je suis un homme ou une femme ? »

L'obsession qui tourne...dès 7 ans :

« Qu'est ce que je suis ? un homme ou une femme ?
Est ce que je suis un homme ou une femme ? »

Vraiment, je dirais : la pensée prévalante comme on dit ; obsédante.

Comment sortir de l'ambiguïté.

Le temps passe et les choses ne s'arrangent pas. Le sentiment de trouble s'amplifie et se concentre peu à peu autour d'un rejet du corps. La vie quotidienne devient de plus en plus difficile à gérer.

FRANCINE

Francine — J'ai fini par me marier en 69 ; j'ai eu un fils en 71 et au fur et à mesure que mon fils grandissait, je ne me sentais pas vraiment un père responsable.

Je me promenais souvent dans les bois et les champs. Je m'y promenais nue.

Et je commençais à mettre les vêtements de ma femme, en cachette, quelque fois quand elle sortait la nuit, je m'habillais en femme, me regardais dans la glace, j'avais acheté des perruques et sortais la nuit... Et je me faisais des trucs pas possibles. Ça , je peux pas le dire, je crois...

Pour identifier les émotions, moi je les ai identifiées en m'auto-détruisant - presque, à la limite. Je ne dirais pas pour aller jusqu'au suicide, mais presque.

Il a fallu que je sois toujours à la limite de la rupture de par des comment ?.... des actes solitaires de mon corps, en le brutalisant ceci cela,...

A la limite, en ligotant mon sexe, jusqu'à le... comme s'il n'existait pas, pour l'annuler, quoi. Et j'allais jusqu'à des... c'était poussé au maximum. Pourquoi ? mais je ne le savais pas . Je le faisais parce que je ne savais pas ce qui arrivait en moi. Et je cherchais à savoir tout en produisant des choses sur moi-même, comme ça, qui étaient ... qui pouvaient blesser, qui pouvaient faire quelque chose au niveau corporel.

Ce qui m'a fait réfléchir après que, si je continuais comme ça, justement, je m'auto-détruisais et que ça pouvait être le suicide.

J'ai fini par comprendre que j'étais sur la mauvaise route. J'ai compris que je devais être une femme.

Le psychologue — Ça vous a fait peur ?

Francine — ça m'a fait peur. J'ai eu peur, un moment. J'ai eu peur, alors je me suis dit « Il faut que tu arrêtes tes bêtises, c'est pas ça, tu prends la mauvaise route ; c'est pas possible, ça ne peut pas être ça ». Et c'est là que j'ai compris que je devais être une femme, que c'était pas autre chose.

Sylvie — Là où ça a été le plus dur à vivre, ça a été l'adolescence parce qu'il y avait ce grand trouble, parce que j'étais comme ça, attirée vers les femmes et en même temps, je me sentais une femme ; alors, je ne savais pas exactement où j'étais, où j'en étais, j'étais très perturbée, c'était la période la plus horrible de ma vie et ça a duré très longtemps.

Le psychologue — Mais les garçons de la classe, ils vous draguaient ?

Sylvie — Oui, mais moi, j'étais bloquée dans tous les sens du terme. Attirée par des nanas, mais comment draguer quand on ne supporte pas d'avoir des érections. C'est un gros problème. Pour moi, ça a été quelque chose d'abominable. Quand je croisais une femme dans la rue - une fille dans la rue puisque j'étais ado, deux images se superposaient, enfin pour moi, c'était ça : « Oh, elle me plaît » et « Oh, je m'habillerais comme ça mais pas tout à fait comme ça, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas ; elle est vraiment pas bien habillée.

SYLVIE

C'est très déstabilisant parce que : Pourquoi il y avait cette double image ?

A la fois, il y avait l'envie d'être comme cette fille et en même temps, avec l'esprit critique féminin « elle habillée comme une potiche » et en même temps « oh, elle m'attire ». Alors, il y a tout ce côté bloquant.

Et puis, dès l'adolescence, il y a eu le problème des érections. Je ne supportais pas. Alors, je me cachais et je me masturbais et c'est là que s'est développé cette espèce de dédoublement de personnalité ; je parle vraiment de dédoublement, là. C'est à ce moment-là que j'ai vécu comme un dédoublement, c'est à dire, qu'en fait, j'ai pris conscience, bien sûr que j'étais un homme, et que j'étais coincée, et , en même temps, quand je me masturbais pour évacuer tout cet espèce de truc qui m'encomrait, je le vivais comme étant une femme et d'ailleurs, je n'ai jamais pu, si je puis dire, soulager ou me débarrasser de cette érection en me touchant directement : je n'ai jamais pu mettre ma main sur mon sexe directement, pour me soulager. J'ai pu le faire, toujours, qu'au travers d'un vêtement , alors, généralement d'un collant. Donc, je planquais des collants dans des plinthes de bibliothèque, des choses comme ça. Je passais mon temps à démonter les meubles.

Non, mais ça paraît incroyable, mais c'est une vie que de la cache. Jusqu'au jour où j'ai dit : j'ai trop de fringues, ça va se découvrir, et j'avais un frère qui commençait à devenir pas trop con, qui a dû voir, à un moment donné, un collant traîner et qui a dû se dire « c'est bizarre » et puis, alors lui, toujours les gros sabots, pas délicat ; une fois, j'ai failli être grillée ; donc je me suis dit « la meilleur méthode : je

jette tout et je me sers directement dans les affaires de ma mère. Et je replie exactement ». Donc, je suis très douée dans le repliage ! genre la femme de ménage qui essaie des trucs et qui remet après. C'est exactement ça. La meilleure planque étant de se servir, bien sûr, là où personne ne pense qu'on se servira. Et, donc, je n'ai jamais pu me toucher directement mon sexe. Il y a toujours eu une interface.

Premier événement ou les prémisses du parcours.

L'annonce aux personnes proches de cet « irrésistible besoin de vivre dans l'autre genre » constitue un premier événement déclencheur du parcours de réassignation.

FRANCINE

Francine — Mon ex-femme finit par s'en apercevoir, voyant des traces de fond de teint sur ses vêtements, et, en 1981, un soir, je lui expliquais les raisons d'une attitude ambiguë : que je me travestissais depuis quelques années et que cela était devenu une habitude.

Je lui ai dit que j'étais... je ne lui ai pas dit que j'étais transsexuelle, parce que je ne le savais pas encore. Mais que je m'habillais en femme et que je sortais en femme, et que je me plaisais comme ça. C'est ça.

Elle s'en doutait ; mais, elle, de son côté, elle faisait un cahier, un journal intime, et elle marquait tout ça. Elle a marqué des choses que j'ai pas vues. Elle a dû le brûler, elle a dû, je ne sais pas quoi. En fait, elle avait vu des choses, qu'elles ne disait pas. Mais qu'elle écrivait, dans le journal intime.

Et puis, quand j'ai explosé, j'avais mon corps, oh là là, qui tremblait de partout. Je ne tenais plus. J'étais complètement écroulée. J'étais vidée quand je l'ai dit.

Je ne savais pas que j'allais tout perdre. Enfin, si, presque. Mais je ne savais pas comment ça allait être après. Tout s'écroule, tout s'écroule, quoi.

Notre couple a tenu quelques années encore et je suis allée consulter mon médecin généraliste, Monsieur F., qui me prescrivait déjà des anti-dépresseurs pour pouvoir dormir, calmer mes maux de tête et mes cauchemars.

SYLVIE

Sylvie — Il y a eu l'annonce à la famille, l'annonce à ma mère et puis, le moment où je l'ai dit à tout le monde - en accord avec ma mère.

Pour ma mère, c'était la catastrophe. Alors comme elle était catastrophée, les autres se sentaient obligés d'être catastrophés. Alors, bonjour l'ambiance !

Je voulais donner des explications aux gens ; mais non, pas d'explications, ou très peu.

ARIANA

Ariana — Quand j'avais neuf ans, mes deux sœurs aînées ont inventé un jeu : elles offraient 100f au garçon qui se ferait photographe, habillé en fille.

J'étais avec mes deux plus jeunes frères. Aussitôt, j'ai pris un grand plaisir à me vêtir ainsi. C'était comme une révélation intérieure de ce que j'étais réellement.

Quand le jeu s'est achevé, j'ai su que je n'oublierai jamais cette expérience.

A dix ans, un soir, j'ai appris à ma mère que je savais qu'une de mes sœurs voulait être un garçon ; j'en profitais pour lui apprendre que je voulais être une fille.

Elle me répondit que je n'avais qu'à faire l'expérience, un jour, de descendre manger, habillée en fille. Cette proposition qu'elle me faisait était destinée à me dissuader de mon désir.

En fait, cela ne s'est pas réalisé comme ça. J'ai réussi à la convaincre de m'emmener faire des courses dans un village voisin, en étant habillée en fille.

Et quand j'ai marché ainsi dans la rue, avec ma mère, je me suis sentie complètement ridicule. Je sentais que tout le monde voyait que j'étais un garçon qui paradait comme une fille. Je me suis sentie si mal à l'aise que j'ai déclaré à ma mère que je n'avais plus envie d'être une fille.

A onze ans, je rêvais de plus en plus fréquemment que je faisais l'amour, en tant que fille, avec le garçon de la maison voisine.

Un jour, j'ai pris un tee-shirt moulant à une de mes sœurs et je l'ai caché pendant plusieurs années sous mon matelas. Je le mettais la nuit et, quand il n'y avait personne à la maison, je m'habillais de plus en plus souvent avec les habits de mes sœurs. J'avais une grande envie de sortir ainsi et d'être perçue comme une femme tout en ayant une grande peur de me retrouver ridicule. Je n'ai pu commencer à résoudre ce dilemme qu'en étant étudiant à Amsterdam, vers l'âge de 26 ans.

Second événement : la rencontre avec le psychiatre : Vers l'autorisation d'une nouvelle nomination.

Deuxième annonce : elle concerne la psychiatrie. En effet, seul un psychiatre est autorisé à délivrer un certificat mentionnant l'existence d'un syndrome de transsexualisme ; certificat indispensable pour obtenir la prescription d'hormones, l'accès aux opérations chirurgicales (et le remboursement des soins par la sécurité sociale) et en fin de parcours, la possibilité de saisir le tribunal pour une reconnaissance juridique de son nouveau sexe.

FRANCINE

Francine — Donc, quand je suis allée voir mon médecin généraliste, F, il m'a dit qu'il ne me sentait pas bien, pas bien dans ma peau. Il me disait : « Vous avez un problème, et vous ne voulez pas le dire. »

Mais j'ai fini par lui dire, au Dr F., que je m'habillais en femme, que je me sentais femme, que je sortais en femme... et c'est là qu'il m'a envoyée voir un psy, qu'il connaissait, lui.

C'était un type qui s'y connaissait, qui travaillait dans le coin.

Ce psy, je l'ai vu une fois. Il m'a envoyé voir, justement, je crois que c'est lui qui m'a envoyée voir le psychiatre, le Pr Normand.

Le psychologue — *Ce psy, il vous a dit quoi, exactement ?*

Francine — Ce psy, il a parlé « d'un état ». J'ai la lettre que ce psy a renvoyé à F. :

« Cher ami, ce patient est bien transsexuel avec une homosexualité contrariée pour son histoire conjugale. En effet, enfance avec difficulté probable d'identification sexuelle, adolescence homosexuelle, puis un mariage contre nature. Pas de demande d'aide spécialisée, pas de culpabilité pathologique. Son désir est de continuer dans sa voie et nous sommes impuissants devant son histoire. C'est très dur. Je lui propose la formule « porte ouverte » en cas de difficultés qui ne manqueront pas. Bien à toi, ... »

Le point de départ, c'était ça : mon généraliste et puis ce psy..

Et c'est ainsi que je suis allée voir Normand, et que je lui ai dit tout ça, que... que je faisais des choses comme ça avec mon corps et qu'il ne fallait pas que je le fasse, que c'était pas possible, que je ne pouvais pas continuer à le faire et qu'il fallait à tout prix que je me fasse opérer.

Cependant, cette rencontre avec le psychiatre n'est, aucun cas, une « formalité ». Les témoignages racontent la singularité du dispositif de rencontre (l'horaire inhabituel, les questions posées qui semblent absurdes, les incertitudes permanentes sur le diagnostic à venir du psychiatre,...) et la mise en place progressive de stratégies pour obtenir ce fameux certificat.

FRANCINE

Francine — Pendant 2 ans, j'ai répété ça à Normand et ils n'a jamais voulu rien savoir. Il n'a jamais voulu entendre quoi que ce soit.

Le psychologue — Mais que se passait-il quand vous alliez le voir ?

Francine — Il posait des questions et il écrivait. Il écrivait. Et je n'ai jamais eu connaissance de son texte. Et d'ailleurs, récemment, j'ai demandé un compte-rendu de ma psychiatrie avec lui. Je n'ai pas eu de nouvelles.

Je n'ai pas accès à mon propre dossier.

Les rendez-vous étaient toujours le soir. Des fois j'attendais deux heures. Normand, il laissait traîner. C'était à l'hôpital....

Quand je me présentais devant le psy Normand, j'avais des faux cils, des perruques et une tartine de fond de teint ; et il ne m'a jamais demandé pourquoi je mettais tout ça... Peut-être me prenait-il pour un déséquilibré, à l'époque ?

J'ai rencontré aussi, dans le même hôpital, une psychologue qui m'a fait des tests psychologiques : des tâches, des trucs...

Le psychologue — Comment se fait-il que ne paraissez pas avoir été touchée par les psychothérapies ?

Francine — Je n'ai pas été bousculée parce que moi j'avais toujours cette même idée : opération. Moi, mon idée, c'était ça : avoir un vagin, des seins, plus de poils, ressembler à une femme. C'est simple. C'est tout. Moi, je demandais que ça. Et je ne parlais pas d'autre chose. C'est ça que je veux et c'est tout. J'ai toujours été dans cette direction là et j'en n'ai pas bougé.

Moi, je n'ai pas marché dans la combine de Normand qui voulait me faire dire autre chose.

Le psychologue — Il voulait quoi ?

Francine — Je ne sais pas. Moi, je ne répondais peut-être pas à ses questions carrément. Je me rappelle qu'il disait : « Pourquoi vous faites ci, pourquoi vous faites ça ? ». Je disais : « Comment vous voulez que je le sache, pourquoi je fais ci, pourquoi je fais ça ? c'est parce que ça me plaît. Parce que j'en ai envie. Pourquoi ? Voilà ! » C'était toujours positif, mes réponses. Jamais négatif

Le psychologue — Mais alors, qui vous a fait le papier ?

Francine — Je suis restée un an avec Normand qui m'a demandé de voir son collègue, et c'est au bout de la seconde année que celui-ci m'a fait un certificat stipulant :

« Souffre de dysphorie de genre »..

Il dit, dans son certificat que je « souffre de dysphorie de genre », c'est à dire un état de genre, identité de genre.

C'est ce qui m'a amené à avoir des prises en charge par la sécu qui disent bien qu'il y a un « transsexualisme ».

Alors, si je résume mon parcours : je suis arrivée chez Normand en 93. Et dans quelques semaines, c'est fini. Ça aura duré 6 ans.

Mais, il y a aussi avant ces 6 ans. Entre le moment où on ne sait pas ce qu'on est et qu'on se présente devant des psy, des spécialistes, ça fait le double ».

SYLVIE

Sylvie — Quand ma mère a vu que tout le monde le savait autour d'elle, elle m'a dit :

« faut que tu ailles voir un psy, je te conseille celui-là, il est très bien ».

Alors j'ai été voir un psy en ville qui, c'est vrai, est très bien. J'ai été le revoir, là, dernièrement. Je lui ai dit « Oh ! je viens pour relever les compteurs, tout simplement, parler désir d'enfant, voilà ».

Il m'a vachement aidée. Il a résolu vachement de problèmes au niveau de mon rapport avec ma mère, surtout. Ma mère, très possessive, très... où l'amour tue l'amour. Ce n'est même pas de l'amour, d'ailleurs.

C'est vraiment... Enfin, bon.

Et puis, Bon, j'ai rencontré Normand, le psychiatre de....

J'ai été le voir. J'ai vu ce tout petit bonhomme ridicule, dégarni avec un nœud papillon large comme ça, qui se prenait pour Dieu le Père, et qui me posait des questions. Je lui ai dit, d'emblée :

- Je suis transsexuelle »

- Oui, je vois, je vois, je vois »

et il commence à me dire :

- quelle taille faites-vous de gants ? »

Et moi :

- vous avez de la chance, je fais médecine, je fais du 7 ½ »

- Ah bon. »

Vérifiant avec sa main.

- Ah oui, effectivement, vous faites du 7 ½ ? ça va. »

Style : la grille. Il faut avoir une taille de moins pour entrer dans la grille.

- Quelle taille de pointure de pieds faites-vous ? »

- Ecoutez, quand c'est des chaussures de femme, découvertes, c'est du 39, quand c'est des chaussures fermées, c'est du 40 .

C'était du Bertillon ; les empreintes digitales.

Et puis, voilà. Et puis, en parlant de mon attirance, alors dès que je commençais à dire - parler des femmes - alors, ah là là, ah mon Dieu, le truc à jamais dire !

- Ah oui, ah oui, c'est un problème.

Evidemment, je rentrais pas dans la grille.

Parce qu'en fait, il fallait que je rentre dans une grille.

Alors, il m'a dit, après :

vous allez voir la psychanalyste.

Alors, je ne sais pas si c'était ou une autre, en réalité, je ne me rappelle plus... Une psychanalyste du moment... Une psychologue, une psychanalyste. J'ai rencontré une psychologue et une psychanalyste.

La psychanalyste que j'ai rencontrée s'est endormie.

Authentique. Elle s'est endormie, la nana.

Je crois bien que c'était X, voilà. Elle s'est endormie !
Elle s'est endormie !

Après quand je l'ai entendue dans les congrès et les conférences, en plus, c'est une facho de première, cette nana. Mais à l'époque, je ne le savais pas, parce qu'elle ne parlait pas.

Elle s'est endormie !

Je me suis dit :

- merde ! c'est pas vrai ! Elle s'est endormie !

Elle s'est endormie ! Pourtant, je ne pense pas être quelqu'un de ... hein...je suis plutôt quelqu'un de pétillant. Bon, j'étais peut-être un peu déprimée, pas très bien à ce moment-là, mais enfin.

Et puis, moi, je suis pas du style à cacher ni à faire des discours stéréotypés comme font certains trans pour se protéger des psy, d'ailleurs.

Parce qu'ils s'inventent des discours stéréotypés.

Le système a une influence sur les individus.

Mais d'un autre côté, c'est tellement surfait que les autres s'en rendent compte. Le système est clos, donc tout le monde tourne en rond. C'est complètement imbécile. Enfin, bon. C'est ma vision des choses.

La psychologue était pas trop mal.

Disons que le contact a été à peu près normal.

Et puis, voilà.

Alors, je suis retournée voir Normand, consultation à 10 heures du soir, dans une salle d'attente d'hôpital vide, le soir ! oui, non, mais il était fou, ce mec.

Il m'avait dit des trucs ; il m'avait dit je ne sais plus quoi, il m'avait dit quelque chose. Manipulateur, mais menteur, surtout.

Il m'a dit quelque chose et la fois suivante, il m'a dit le contraire.

Je lui ai dit :

- Non, non, non, vous ne m'avez pas dit ça. Vous ne m'avez pas promis, mais vous m'aviez dit que ça se passerait comme ça...

- Non, je n'ai jamais dit ça !

Je lui ai dit :

- Excusez-moi, au revoir .

S'il n'y a pas un rapport de confiance avec un psy, c'est évident - quelque personne que ce soit, mais surtout un psy, ...

Le mec était un menteur. Donc, je me suis dit « je vais rentrer dans un système de manipulation mentale ; les autres ont raison. Je laisse tomber. C'est clair.

Je laisse tomber la piste Normand et j'irai à l'étranger ».

Alors, bon, j'ai continué avec ce psy en ville, en fait, 2 ans.

Je faisais de la psychothérapie, on discutait comme là, à bâtons rompus, avec un fond analytique, je pense, mais...

J'ai été voir aussi Y à l'hôpital ...qui est quelqu'un de très bien, je pense, mais très manipulateur. Parce que c'est un joueur.

C'est quelqu'un de très bien, mais c'est un joueur : avec lui, tout est sur le mode de la plaisanterie, mais la plaisanterie, on manipule un peu, mais c'est quelqu'un, par contre, de parole, quand même. Ce qui est une différence avec Normand et je pense que c'est quelqu'un - il le dira jamais parce que, toujours la sacro sainte confraternité - mais qui ne pensait pas du bien des équipes officielles. Parce que ce n'était pas sa conception, je dirais personnelle, de sa vie propre, je pense. C'est quelqu'un de plus ouvert. Et puis, quelque part, il voyait ça avec beaucoup de dilettantisme, ce n'était pas un carriériste.

De temps en temps, au milieu de la discussion, il disait :

- Est ce que ça vous gêne que je fume un cigare ?

Je disais :

- allez-y . De toute façon, au point où on est, soyons décontractés.

Et donc, le rapport a pas du tout été le même. Il m'a considérée comme quelqu'un qui était aussi un confrère ou une consœur, ce qui n'est pas le cas des autres qui m'ont traitée comme de la merde. Parce que, ça, il ne faut l'oublier, on est traité comme de la merde. Comme quelqu'un de malade.

Et Z, c'est le pire : c'est une vraie chiotte, ce mec. Si un jour, je l'ai dans la rue, je l'étripe. Parce que, j'y suis passée pour les histoires d'expertise...

C'est un menteur aussi et lui, c'est un pervers, un vrai pervers. Ses questions sont perverses. C'est pas compliqué.

Le psychologue — C'est quel genre de questions ?

Sylvie — Je vivais avec Mireille depuis des années,

- qui fait l'homme, qui fait la femme ?

- Utilisez-vous des objets sexuels ?

Non mais, il est pervers, ce mec.

C'est le monsieur qui se pose comme le spécialiste du soin des pédophiles dans les hôpitaux. Alors, c'est quand même le monsieur qui veut faire psy de toutes les particularités rares et les maladies, vraiment... C'est un pervers, ce mec. Un pervers ! Il a pas résolu beaucoup de choses, à mon avis.

Le psychologue — Et votre analyste, en ville, qu'est ce qu'il disait sur tout ça ?

Sylvie — Non, il disait rien. Il était très honnête. La neutralité totale. Il a plutôt cherché à comprendre.

J'ai eu beaucoup de chance.

Alors, quand j'ai été voir X, j'ai été le voir en tant que nana, bien sûr quand on me voit, c'était déjà comme ça, ça passe.

Il a dit :

- Ah oui, bon, effectivement .

Je lui ai dit :

- Bon, écoutez, je vous annonce la couleur, je vais parce que c'est pour une histoire de jugement en France - je passe par vous, par un hospitalier, mais je ne me ferai pas opérer en France parce que je me suis renseignée, parce que les autres techniques à l'étranger sont mieux et d'ailleurs, je suis en train de faire le tour de l'Europe.

Je lui ai dit carrément. Je lui ai dit :

- je ne me ferai pas opérer en France, je suis désolée, mais en France, on n'est pas au point ; vous savez très bien que je suis médecin, je sais très bien de quoi je parle.

Parce que les psy ne sont pas très bien informés sur ce genre de truc, sur les techniques opératoires.

Et il me dit :

- Ah bon, vous croyez, on a de très bons chirurgiens.

Je lui dis :

- Arrêtez, si vous voulez, j'irai voir le vôtre, mais je vous promets que je me suis déjà renseignée, et je continue de me renseigner et je suis dans le milieu depuis longtemps. Par contre, par honnêteté, je viendrai vous voir ; je ne veux pas vous forcer la main. Si vous ne voulez pas me signer le papier, moi, je viens vous voir. De toute façon, il faudra que je passe par un psy et autant que je sois connue par un hospitalier, voilà.

Donc, il m'a considérée d'abord comme une consœur, et comme j'ai senti son côté joueur et manipulateur, -

je n'ai pas voulu renverser les rôles, ce n'est pas mon style de manipuler, je lui ai dit :

- Ecoutez, bon, vous rigolez, mais n'oubliez pas que c'est quand même une douleur et que c'est très difficile à vivre.

A l'époque, je faisais des remplacements, j'avais fini mes études ; pas ma thèse.

Je lui ai dit :

- Vous ne vous rendez pas compte de la dimension de ce que c'est qu'être transsexuelle, il faut vivre tous les jours. Vous ne vous rendez pas compte mais vous verrez la prochaine fois.

La fois suivante, je suis venue, habillée en homme.

Et là, bien sûr, avec une autre voix, un autre habillement, toujours glabre, les cheveux attachés, et là, il m'a dit :

- Vous, vous êtes sacrément manipulatrice.

Là, il avait trouvé son maître. Et d'ailleurs, ça l'a toujours dérangé puisqu'il m'a toujours posé la question, longtemps après il m'a dit :

- vous n'étiez pas un peu manipulatrice ?

- Non, non, non, c'est pour faire comprendre la réalité.

Mais, je crois qu'il n'a jamais vraiment saisi. Je crois qu'il était sur le cul. Mais je lui ai dit :

- Faut bien bouffer. Moi je vis en tant que femme mais je travaille en tant qu'homme.

Rupture des anciennes relations.

Une fois le parcours entamé, les personnes font toutes état d'une rupture générale de leurs amitiés précédentes. Un état d'isolement s'installe et cette rupture des réseaux relationnels est vécue comme une perte à laquelle il est très difficile de remédier après le parcours.

FRANCINE

Francine — Depuis mon changement, mon père m'a exclue. Ma mère, elle est morte. Elle ne m'a pas connue dans mon changement.

Mon père ne l'accepte pas. Mes sœurs, parce que j'ai 5 sœurs, l'acceptent difficilement. Très difficilement. C'est très difficile parce qu'elles voient toujours dans leur tête le frère, pas une femme.

A mon adolescence, j'avais des copains qui étaient sympas. Mais, ils ont disparu. Je ne les vois plus.

SYLVIE

Sylvie — Et de toute façon, un parcours comme ça, c'est toujours dans la rupture. Et, à partir du moment où j'ai commencé le parcours, j'ai perdu, petit à petit, mes ami(e)s.

Parce qu'il ne faut oublier qu'on arrive au degré zéro : c'est à dire zéro ami(e). Et zéro ami(e), c'est là où j'en suis aujourd'hui, c'est là où il faut en refaire.

Le maintien de certains "invariants".

En contrepartie à cette rupture relationnelle, cette perte des ami(e)s, les personnes réassignées insistent sur l'importance

fondamentale « dans la réussite de leurs parcours » du maintien soit d'une activité sociale, d'un sport ou d'une passion (telle que la peinture), soit de bons contacts avec la famille. La faculté de rester en contact avec ce que nous appellerons, par défaut, des *invariants* durant la traversée transsexuelle, le passage vers un devenir-autre s'avère d'un grand secours pour maintenir un minimum de continuité dans son existence, - une sorte de moyen de défense contre le danger d'un anéantissement de l'identité.

FRANCINE

Francine — C'était important de garder des activités, de ne perdre mon emploi. Et malgré tout, même si j'avais des apparences différentes, de continuer à garder mon travail. De continuer aussi à faire du sport, ce que je faisais avant.

Et j'ai fait tout mon parcours, tout en gardant mon travail. J'étais tapissier. Je suis tapissier. Je préfère qu'on me dise « tapissière », mais, bon....

Quand les difficultés sont devenues visibles, à partir de 92 - 93, j'étais dans une société depuis 9 ans, et je me suis mise à changer : je me mettais du fond de teint, pour aller travailler, j'avais teint mes cheveux, bon, je changeais petit à petit. Et puis, il y a un type qui avait un peu plus de responsabilité que moi, qui a dit à tout le monde :

« Il en est ? » en faisant croire que j'étais homosexuel. Tout l'atelier. Et puis, il a commencé à m'ennuyer sur des retards, sur plein de problèmes. Ben, j'ai pris ma caisse et je suis partie. Sur un coup de tête.

Bon, alors, comme j'étais syndiquée, ça allait. Je suis syndiquée et puis même maintenant, je suis même déléguée du personnel dans l'entreprise où je suis.

SYLVIE

Sylvie — Moi, j'ai gardé des trucs, quand même. C'est ça qui m'a sauvée. J'ai gardé un peu le boulot, j'ai gardé le fric parce que je suis d'un milieu où vous avez quand même des petites rentrées d'argent, je le dis très honnêtement et je faisais quand même des stages rémunérés au lance pierres, mais, bon, ça me permettait quand même de me payer quelques trucs sans demander ni expliquer quoi que ce soit, pas être aux crochets de ma mère qui ne m'aurait jamais donné de fric pour ça, bien sûr ; donc, j'ai eu quand même de la chance ! J'ai eu beaucoup de chance !

ARIANA

Ariana — Après avoir vécu avec mon ami à Boston, je suis revenue à Amsterdam. Et là, j'ai pu retrouver ma famille et mes ami(e)s. Je me sens de nouveau sereine. Et je vais retrouver du travail. Le travail et un bon environnement affectif sont des choses essentielles à maintenir dans la vie et le parcours d'une personne transgenre.

La rencontre avec le monde transsexuel.

Toujours en contrepartie de la perte du réseau relationnel initial, des groupes d'appartenance d'origine, les personnes transsexuelles recherchent une affiliation avec des groupes du monde transsexuel.

FRANCINE

Francine — C'était pour pas être seule. Pour retrouver des gens qui étaient comme moi. Pour partager les mêmes problèmes et comprendre un peu ce qui se passe. Je pense que les associations, c'est ça. En fait, ça récupère des gens qui sont à la dérive,

qui savent pas où aller, et comprendre pourquoi il y a un problème. Ce qui se passe. Ça, ça m'a aidée, oui.

Ça donne aussi des adresses. C'est d'ailleurs par l'ASB que j'ai su que tel chirurgien faisait telle technique pour opérer... D'ailleurs, je me rappelle, à cette époque là, une transsexuelle avait fait un exposé. Celle qui est docteur, maintenant, S.. Elle avait fait un exposé sur les différentes opérations dans certains pays, pourquoi c'était comme ça, et eux, autrement. Ça c'était intéressant.

Et puis, c'est grâce à l'ASB que j'ai rencontré mon chirurgien, à Londres. Il y avait justement, à l'association, un paraplégique qui voulait se faire opérer aussi, et qui demandait quelqu'un pour l'accompagner en Angleterre, pour son fauteuil,... Il avait absolument besoin de quelqu'un pour voir Royle, à Londres. Et comme ça, ça a fait une pierre, deux coups, je suis allée avec cette personne là, je l'ai aidée et puis j'ai rencontré Royle. Et en plus cette personne là parlait Anglais, comme moi, je parle pas...

Au premier contact avec le chirurgien, c'était OK et la date de mon opération était fixée : le 21/12/95.

C'est aussi à l'ASB que j'ai fait la connaissance d'une autre transsexuelle femme. J'ai voulu, avec l'aide de mon argent, monter une SCI en achetant un hangar et pouvoir exposer mes toiles dans un espace qui me serait réservé. J'ai aidé cette personne à déménager, à faire et à monter le bureau ; je n'arrêtais pas de bosser dans ce hangar et de faire des projets. Cela a duré deux ans et ça n'a pas marché ; j'ai récupéré mes parts : je croyais qu'entre transsexuelles, je pouvais m'entendre mais c'est trop difficile car, en fin de parcours, une transsexuelle ne demande qu'une

chose : sortir du parcours et vivre et être acceptée comme un homme ou une femme.

Avant et pendant le parcours, nous avons besoin de ces associations : l'ASB, le Caritig, qui nous aident à comprendre mais en fin de parcours, nous ne voulons plus être aidées par ces associations, car il y a une sorte de rupture entre avant et après où nous voulons vivre enfin normalement.

SYLVIE

Sylvie — J'avais alors 24 ans, et je me disais, au profond de moi, «...ça doit exister, c'est pas possible, il doit exister des gens comme moi ». Et un jour, je suis tombée sur une émission à la télévision. Du genre « Aujourd'hui madame », un truc comme ça : C'était sur des travestis ; l'histoire de 2 nanas, peut-être un pas comme moi, mais pour la première fois, je pouvais me dire que je n'étais pas la seule.

Simplement ça : Pouvoir me dire enfin « je ne suis pas seule, ça existe. Si ça existe, il faut que j'en rencontre. Mais comment les rencontrer ? ». Parce que, je me leurrais pas, c'était rare. Des gens parlaient de l'homosexualité, mais pas de la transsexualité ! Déjà pour trouver un bouquin là dessus, ça n'existait pas.

Et puis j'osais pas acheter un livre : j'avais peur qu'on découvre. Le fait d'acheter, je me disais : « le libraire va croire que je suis transsexuelle, et comme je ne veux pas que ça se sache, et puis, je ne suis peut-être pas transsexuelle, après tout : est-ce que je suis un homme, est-ce que je suis une femme, voilà ».

Tout ça était mélangé. Et puis, vers 23 ans, par là, je me suis poussée et je crois que je suis rentrée dans un sex-shop ; je crois que ça a été comme ça. Et j'ai acheté un bouquin, genre « Paris la nuit ». Dedans, on disait : « si vous voulez faire des rencontres avec des transsexuels ou des travestis. Et vous rencontrerez de charmantes personnes qui peuvent être des transsexuelles ».

Et donc, j'y suis allée. En Homme, Complètement neutre : le jean, le gros pull, le truc basique. je rentre dans une boîte où il y avait beaucoup de travestis et de transsexuelles qui ne faisaient pas de spectacle mais qui étaient des entraîneuses, en fait. J'ai carrément été voir une fille qui était asiatique, je m'en rappelle, qui s'appelait Amandine. Elle m'a dit : « T'inquiète pas, je vais m'occuper de toi » enfin, j'étais tombée dans un truc complètement glauque. C'est quand même quelqu'un qui m'a aidé puisque c'est quelqu'un qui m'a aidé à me fournir quelques fringues et surtout qui m'a aidé à sortir. C'est à dire qu'on est sorties ensemble. Voilà. Elle m'a aidée à franchir le cap, c'est à dire à sortir dans la rue.

Et puis un jour, et là je crois que j'ai eu de la chance, dans une librairie, un marchand de journaux ordinaire - j'achète un « crapouillot ». Le titre était : « Les travestis », et dedans, il y avait un article du Pasteur Doucé. Et enfin j'ai rencontré quelqu'un qui, au bout d'un entretien de 2 bonnes heures, m'a dit :

« Ecoutez, je crois qu'il n'y a pas de doutes, vous êtes vraiment une transsexuelle ».

Ce qui a été un choc, car, pour la première fois, on me le disait pour de vrai. Il m'a dit : « il faut que je vous le dise parce qu'on vous l'a jamais dit et je sais qu'il faut vous le dire et que c'est important ».

Et ça a été à la fois une libération et en même temps une grande frayeur parce que j'avais déjà vécu la boîte de nuit et je me suis dit : « le reste de ma vie, putain, je veux pas avoir des histoires horribles, d'emmerdes et de sordide », faut dire les choses très honnêtement. Il y a une image tellement horrible des transsexuelles.

Et j'avoue que ça a été une rencontre très importante et puis, enfin il me recevait en plein jour, ce n'était plus le monde de la nuit, c'est quelque chose de sain.

Donc, pendant 4 ans, j'ai été au C.C.L., le Centre du Christ Libérateur, habillée en homme.

C'est là que j'ai connu beaucoup de gens, j'ai connu Jo,... Tout ça, ça remonte à presque 15 ans.

J'ai croisé beaucoup de gens puisque j'ai fait un parcours très long : 9/10 ans.

J'ai eu des relations par nécessité. Disons, à force d'avoir vu des trans, je vais peut-être être méchante, mais on n'a plus envie. On est saoulées. Parce que les trans, c'est qu'ils - ils ou elles, d'ailleurs - parce que là, on est obligé d'être généraliste - mais je dirais, encore plus dans mon sens, chez les trans, c'est toujours « ma pauvre chérie,... », le côté caricatural horrible des bonnes femmes. Au lieu de se retrouver soi, c'est : « gna gna gna, ma pauvre chérie, alors, tes épilations ? et ton truc ? ».

Non, non, ... et beaucoup de ces gens ont des problèmes sociaux absolument phénoménaux.

ARIANA

Ariana — Mon passage à Boston fut très important, pour moi. Dans cette ville, il y a une communauté transgenre très active et de nombreux groupes de travail sur le transgendérisme qui cherchent de multiples pistes pour conceptualiser la transsexualité et le travestissement. Au sein de ce monde transgenre américain, je suis finalement sortie d'une identité transsexuelle et j'ai pu vivre en cohérence avec ce que je ressentais et ce que je pensais. En pouvant respecter les étapes qui m'acheminaient vers une présentation féminine réaliste de moi-même, je me sentais de plus en plus heureuse et fière de pouvoir être en accord avec moi-même.

De nouvelles pratiques.

Rencontres avec le psychiatre, avec le psychothérapeute, l'endocrinologue, l'épilatrice, le phoniatre, puis avec le chirurgien, l'avocat, ... Prise quotidienne d'hormones, travail de la voix, maquillage, épilation, Autant de nouvelles pratiques dans la vie de la transsexuelle. C'est un véritable changement de monde qui s'opère.

Francine — Depuis 1980, je prenais Lexomyl 2mg par jour, Taroxyl 25 mg par jour. Pendant 6 mois, en 93, j'avais pris un traitement d'hormones en provenance du service « Entr'aide »⁶¹. J'ai repris un traitement début septembre 94 : Androcur, 2 fois par jour, matin et soir ; que je me suis procuré, sans ordonnance, dans plusieurs pharmacies jusqu'au 6/10/94. Puis j'ai vu le psy, collègue de Normand, le 6/10/94, qui m'a prescrit « Androcur ».

⁶¹ Un traitement vendu 4 000f par mois, présenté comme étant des produits hormonaux alors que ce n'en n'était pas.

Le 6 décembre 94, j'ai pris « Progynova » 2mg, une fois par jour ; « Duphaston » 10mg une fois par jour. Et le 17 janvier 1995, par mon généraliste, F., 2 Progynova par jour, 2 Duphaston par jour, 2 oestrogènes par jour et 2 Androcur par jour. Remboursés par la sécu.

Le 18 mars 1995, 2 Divina le matin, 2 Androcur, un le matin et un le soir, 2 Duphaston le soir oestrogène et 2 Biotin pour les cheveux.

Le psychologue — Vous n'avez plus besoin de tous ces produits-là, maintenant ?

Francine — Si, si. Parce que, si j'arrête, bon, c'est normal, je vais avoir des poils qui vont repousser sur les jambes, sur les bras. Si j'arrête mon traitement, j'ai les poils qui repoussent. Et puis j'ai les cheveux qui peuvent tomber et puis j'ai mon visage qui peut devenir plus dégueulasse. Enfin, bon, voilà, quoi, en gros, c'est un traitement qu'on est obligé de prendre à vie.

SYLVIE

Sylvie — Bon je refais les étapes : épilation, superposée avec la phoniatrie, androcur, tentée de toucher les oestrogènes, bien sûr et puis grande peur ; j'arrête parce que les épilations n'étaient pas tout à fait finies et puis je ne voulais pas paraître monstrueuse.

Je devais mener plusieurs choses de front et rester cohérente dans mon apparence : j'avais les stages à l'hôpital, mes cours à la fac, j'avais à bosser chez moi pour préparer les examens et préparer le concours d'internat, et j'avais, le reste du temps, à faire les

courses, faire les épilations, rassembler les cours sur 3 à 4 jours pour ne pas à avoir à sortir dans la rue, parce que, quand vous avez la gueule gonflée comme ça, vous ne pouvez pas sortir et quand vous allez voir des confrères dermato qui vous disent « qu'est ce que tu as, toi ? » et qu'on n'a pas envie de répondre.... Il est évident qu'on est toujours dans le système paranoïaque. Il faut calculer son coup.

Je me disais : je me fais une épilation le jeudi soir, pour ne pas avoir de cours, de stage le vendredi, le samedi et je reste tout le week-end avec un bon tas de boîtes de conserves de chez E.D. et je me fous des paquets de glace et de mytosil sur la gueule pendant 4 ans. Et je dors avec du mytosil.

J'en rigole aujourd'hui, mais j'en ai chié, faut pas rêver, avec tout le côté suintant, avec un acné en fond.

Alors, l'histoire des hormones : je ne pouvais pas prendre des hormones féminines parce que je voulais pas que ça se voit, les « pare-chocs », ça se voit. Et à l'hôpital, on bosse avec une tenue très légère, c'est surchauffé, on a juste un espèce de tee-shirt en V. Pour ça, les hormones féminines, j'ai dit « niet ».

Comme les érections m'encombraient, j'ai pris des anti hormones mâles, j'ai pris de l'Androcur. Avec l'androcur, au lieu de 5 érections par jour, il n'y en avait peut-être qu'une.

Quand les épilations ont commencé à ralentir, il fallait attaquer la phoniatrie.

J'ai appris à parler à 2 voix, car ce qui est important, c'est pas la hauteur, contrairement à ce qu'on croit, en fait, c'est la modulation. Et la modulation, c'est un

travail d'imitateur. Je prends un exemple : un homme dira : « bonjour, comment allez-vous ? » en fin de phrase, il descend. Tout est là. Si on a pigé ça...

C'est un boulot de dingo, mais la fin justifie les moyens.

Le psychologue — Est-ce que vous pouvez reprendre votre voix d'avant ?

Sylvie — J'ai beaucoup de mal, parce que je l'ai oubliée. A une époque, ça a été très facile, mais, je crois, que je l'ai oubliée, l'ancienne voix.

La phoniatrie, ça a été rapide : pendant 2 ans, - parce que ça coûte cher, encore ce truc là, faut le payer - l'ORL, pendant 2 ans m'a mis 2 petits micros là, genre aviateur de la dernière guerre, relié - genre chien de laboratoire - à 2 micros, un câble relié à un écran. On voyait la forme de sa voix, la courbe de sa voix. Alors, on travaillait deux choses : la hauteur et la modulation. Il avait tout à fait compris, le mec. Il y en a 2 ; il y en a toujours 2 à Paris qui sont excellents là dedans.

...Alors, j'ai eu le moment quand vous commencez à avoir une voix de femme, et que vous voyez que ça passe, au téléphone, c'est très simple, au téléphone, là, effectivement, ça vous donne de l'assurance et ça vous permet de vivre en Femme quand vous avez envie, enfin de respirer, c'est à dire de sortir et d'être complètement homogène, même si le visage est hyper maquillé, parce que ça passe pas encore parfaitement, mais les gens ne se posent pas la question. Ils ne vous emmerdent pas. Il vous font pas chier.

Quand vous allez acheter des cigarettes, on vous dit « Au revoir, Madame ».

Et quand vous allez à la fac, (à la fac, j'étais inscrite en tant qu'homme), on vous dit « Et, vous, là, l'interne, Monsieur machin, voulez-vous remplir le dossier du malade ? » voilà, ça ne va pas plus loin que ça.

C'est tout ce que vous demandez.

Le temps de la double vie.

Le passage ne se fait pas du jour au lendemain. Toutes ces années où la personne doit vivre dans l'entre-deux, entre le *déjà plus* ... un homme et le *pas encore* ... une femme, comment rester crédible, comment « passer », comment ne pas être pour un « monstre » ?

FRANCINE

Francine — En fait, quand j'ai déménagé, j'ai eu beaucoup d'ennuis. Il y a des jeunes, qui habitaient le même immeuble qui m'ont proposée de me donner un coup de main. Alors, il y avait tous mes tableaux et quelques meubles. Ils ont fouillé dans mes affaires. Ils ont trouvé une cassette. Une cassette qu'ils n'auraient jamais dû voir. C'était un peu sur le transsexualisme, justement. Ils n'auraient jamais dû tomber la dessus. Des gamins, des petits. Et puis, ils ont vu mes tableaux parce qu'ils n'avaient pas changé de nom, non plus, au dos.

Alors, il y a plein de choses comme ça, et ça a été répété aux parents. Ça a fait le tour du quartier, même jusqu'à la mairie. Et la gendarmerie, surtout !

Parce que, justement, à propos de ces jeunes, peu de temps après, il y a des adolescents, ce coup là, qui ont jeté des cailloux dans mes carreaux. Et puis la nuit, ils ont cassé un carreau pour entrer chez moi. Alors, j'ai fait un rapport à la police. J'ai porté plainte.

Donc, j'ai déposé un dossier et puis, il y a un inspecteur qui m'a demandé de venir le voir. Il m'a dit « Vous savez qu'on se plaint de vous ? Oui, oui, il y a plein de gens qui ont porté plainte contre vous, que des gamins avaient découvert une cassette, que vous avez visionné. »

Alors que c'est faux. Je ne l'ai pas visionnée.

Tout ça a eu lieu parce que, justement je ne me présentais pas comme je devais être.

Le psychologue — On vous soupçonnait de pédophilie ?

Francine — C'est presque ça.

C'était il y a 3 - 4 ans, je n'étais pas encore opérée. C'est tombé juste l'année où je savais que j'allais être opérée.

Faut pas grand chose pour faire basculer quelqu'un !

Le psychologue — Quelle force on peut utiliser pour ne pas basculer ?

Francine — Moi, je crois qu'il faut essayer de ne pas répondre, d'être indifférente. C'est la meilleure des solutions. Mais il faut avoir le caractère pour supporter, parce qu'il faut supporter les insultes, à la limite, les agressions, et ça, des fois, c'est très très dur.

Parce qu'on se dit : « aujourd'hui, j'ai pu rentrer chez moi sans être agressée, demain, je vais rentrer chez moi, comment ça va être ? ».

C'était dur, quand même. Alors, moi, la tendance, c'était : sortir le moins possible pour ne pas rencontrer une personne qui m'avait reconnue. C'est presque vivre enfermée pour éviter tous ces problèmes.

Quand on n'est pas bien dans sa peau et qu'on passe un passage où on vous traite de travelo, de pédé, travelo, moi, je me dis qu'il faut s'en sortir parce que, là, il y a une impasse. C'est à dire qu'on va être rejetée vraiment, parce que se promener dans la rue, ultra maquillée et foutue comme.. . enfin mal foutue, parce qu'il y a un déséquilibre ; c'est pas crédible.

C'est pas crédible. La musculature et tout ça.

Alors, justement, c'est avec le temps que ça vient. La musculature s'émousse, elle fond avec le traitement hormonal, les forces, comme je le disais tout à l'heure, elles sont moins fortes, elles sont plus celles d'une femme que d'un homme ; grâce à l'épilation du visage, on n'a plus besoin de se mettre une couche de fond de teint maximum pour faire disparaître ces poils disgracieux ; le visage s'arrondit, aussi, grâce au traitement hormonal, il est moins carré ; les cheveux poussent, les poils des jambes repoussent plus lentement.

Les témoignages racontent également comment cette épreuve *du temps de la double vie* peut être source d'inventivité et de développement d'une nouvelle capacité à « leurrer » les gens.

SYLVIE

Sylvie — Quand je remplaçais des médecins tantôt en homme, tantôt en femme, un jour, je devais faire un remplacement le matin en tant qu'homme, suivre un stage d'informatique en tant que femme et le soir, remplacer un autre médecin en tant qu'homme. J'avais acheté une voiture neuve, en tant que nana, avec un chéquier au nom de femme ; j'avais une licence de médecin avec « M. », une extrait de naissance « Mr », rectifié « Claude ».

J'avais une vieille carte d'identité avec la photo neutre mais « Claude » quand même, sans la mention du sexe, j'avais un permis de conduire neutre, sans la mention du sexe, il y avait encore des papiers qui restaient, genre carte d'étudiant avec « Mr ». Vraiment, j'étais dans l'intermédiaire total.

J'avais, en plus, la voix tantôt homme, la voix tantôt femme.

Ce jour-là, ma voiture tombe en panne. Obligée d'aller au garage entre les remplacements et le stage. Il a fallu que je revienne plusieurs fois chez moi pour me changer et rester cohérente avec la manière dont j'étais connue chez le garagiste, au stage, et dans les cabinets de médecin. J'ai cru que j'allais tomber folle. Je me suis dit : « Plus jamais ça ».

Et une autre fois, ça m'est arrivé.

C'était pendant les vacances d'été, j'avais remplacé pendant un mois, en tant que nana et je n'ai pas eu le temps de rentrer à Paris pour commencer mon autre remplacement, qui était dans un autre département.

J'ai dû m'arrêter sur le bord de la route, aller dans un petit bois, me changer et aller faire mon remplacement suivant.

Ça fait rire quand on dit ça, ça peut faire des sketches, mais « plus jamais », c'est l'horreur.

J'étais à l'extrême limite de ce que je pouvais faire.

Alors je suis restée 1 an et demi, 2 ans seule ; j'avais pris l'habitude : de jouer avec ... je sortais toujours par les caves. Ça, les caves, je les ai connues : je ne pouvais pas rentrer et sortir par la même porte.

Une fois, j'ai une voisine qui m'a reconnue. Elle a été effrayée.

Et je ne me suis pas dégonflée : avec ma voix, je lui dit « Bonjour ».

Elle a été effrayée, elle est partie en courant.

La transformation du corps.

Pour aboutir, en fin de parcours, à l'expertise de crédibilité statuant que la personne a atteint une suffisante cohérence pour vivre dans le genre désiré, de multiples étapes de transformation corporelle sont nécessaires : le port de vêtements, la transformation induite par les hormones, l'épilation, le maquillage, la transformation de la voix, la mammoplastie, la vaginoplastie, ... Les témoignages détaillent comment ont été vécus ces diverses transformations.

FRANCINE

Francine — Je me rappelle quand j'ai commencé l'Androcur. Avec l'Androcur, il n'y a plus d'érection. Ça fait une castration chimique et puis, on ne ressent plus le corps pareil. Ça, je le voyais bien en faisant du sport.

SYLVIE

Sylvie — C'est qu'avec les hormones féminines, on ne sent plus du tout pareil. On est mieux, on est mieux parce que c'est notre vécu intérieur qui est en correspondance avec le physique ; alors, tout le problème du parcours, quand on commence, c'est qu'on est en décalage. D'un coup, on est bien dans sa tête, et la barbe pousse, un coup on est pas bien dans sa tête, et on passe bien physiquement. On est toujours en décalage....

....Alors, mon opération : ils m'ont refait un vagin, donc avec la peau des bourses et la peau du pénis et ils ont gardé 1/3 du gland pour en faire un clitoris sensible.

Donc, je dis que je suis dans les premières, enfin pas dans les premières parce que je ne suis pas la première, je suis dans la génération des transsexuelles qui ont une sensibilité érotique.

La sensibilité érotique, il y en a une dans le vagin parce qu'il y a la prostate : on laisse la prostate.

Il n'y a pas d'écoulement à l'intérieur du vagin, donc on est obligé de mettre un gel.

Donc j'ai bien sûr le clitoris - alors, il m'a laissé le 1/3 du gland pour faire le clitoris, il a retiré les corps caverneux, c'est à dire les deux corps érectiles et il a laissé le corps spongieux autour de l'urètre. Et bien sûr, sur des longueurs plus courtes. Donc il reste des corps érectiles.

Mais le résultat est assez spectaculaire.

ARIANA

Ariana — Après avoir divorcé d'avec mon ami, j'ai décidé de vivre complètement en femme, mais il a fallu que j'aie à San Francisco subir une opération du visage (un rabotage de la mâchoire). Maintenant, plus personne dans la rue ne me dévisage et ne se pose de questions à mon propos....

...Un autre effet de me sentir mieux est, maintenant, d'envisager l'opération de changement de sexe ; décision qui me semble, encore, effrayante et espérée. Effrayante, non pas parce que c'est irréversible, mais par la lourdeur même de l'acte opératoire. Se faire rectifier le visage est une opération beaucoup plus légère que l'opération du sexe. Pourtant le projet de l'opération se concrétise. Je supporte de moins en moins bien l'idée d'être une femme avec un pénis.

L'officialisation de la nouvelle identité.

Dernière étape importante du parcours : la reconnaissance officielle par les tribunaux du changement de genre et l'autorisation de modification des papiers d'identité. De même que la rencontre avec le psychiatre se révèle être des plus complexes, cette épreuve demande également le recours à des stratégies et rien n'est gagné d'avance.

FRANCINE

Francine — En octobre 95, six mois avant l'opération, je prenais une avocate, Maud Marin pour une assignation en changement de prénom et de sexe. Mais mon avocat, ayant disparu dans la nature, il a fallu que je prenne un autre avocat.

Entre la date de mon opération (vaginoplastie) et l'arrêt de la cour d'appel de Paris, il a fallu que j'attende 2 ans et demi ».

S Y L V I E

Sylvie — Je me suis fait opérer 15 jours avant de passer ma thèse de médecine. Pour qu'à la fac, ils acceptent d'enregistrer mon diplôme sous mon nom de femme, ce fut toute une histoire car ils me connaissaient depuis des années sous mon prénom de mec. Et pour faire changer ça par l'administration, il a fallu déployer des stratégies des plus compliquées.

La thèse passée, j'ai reçu le papier et s'est enclenchée la procédure de changement des papiers.

Alors, là ; le changement de sexe ; pas la procédure de prénom neutre, que j'avais entreprise déjà, auparavant et qui est assez simple. Mais, là, on entre dans une autre histoire. J'avais pourtant un dossier solide.

J'avais repris le même avocat que pour le changement provisoire de prénom. Il m'a dit « il vaut mieux passer à Paris ».

L'officialisation du changement de sexe comporte une expertise de crédibilité, commandée par le tribunal.

Le juge, par tirage au sort, a demandé à l'équipe du Pr X de procéder à l'expertise. Il n'y a que 2 ou 3 équipes de toutes façons et ça ne pouvait pas être ceux qui m'avaient suivis.

Alors, on est rentré dans la science fiction totale. Pendant longtemps, ils venaient un par un, procéder à l'expertise et ça pouvait durer un an avant que ça ne remonte au juge, vivre un an après l'opération avec des papiers de Mr en ayant un physique de Mme, il y a de quoi se flinguer.

Heureusement, maintenant, on est vue par les 3 experts en même temps c'est à dire le chirurgien gynécologique, le psy et l'endocrinologue.

On m'avait prévenue que c'était particulièrement odieux.

Je suis arrivée à la convocation et ils savaient que j'étais médecin.

Le chirurgien gynécologue a dit :

- on ne va pas perdre de temps, je vais vous examiner.

Je dis :

- très bien, il faut y passer, on y va.

Je m'installe, table gynéco, à poil, alors j'avais l'impression de revivre Normand : taille des mains, taille des pieds, vraiment Bertillon : les empreintes digitales.

Donc, l'endocrino et le psy ont voulu rentrer dans la pièce. J'ai refusé.

Je n'ai pas cédé. Devant des confrères, je n'ai pas cédé.

C'est un non respect du malade. C'est anti déontologique.

Moi, j'étais offusquée et après, j'ai été dans le bureau et j'aurais jamais dû, j'ai fait la boulette de dire que je vivais avec une femme

Alors bien sûr, reprise de tête, genre Normand, bis, puisque pour eux, sexualité et identité, c'est la même chose, alors que c'est 2 choses différentes :

l'attrance pour quelqu'un et être ce qu'on est. Il m'a sorti un truc, que j'avais une transsexualité secondaire. Tout le monde, tous les certificats disaient que c'était primaire parce que je dis que c'est au moins depuis l'âge de 7 ans que je suis certaine que je suis comme ça, peut-être avant, mais en tout cas certaine, et se permettant de dire que je vivais avec une femme et là, c'est une atteinte à la vie privée. ça n'a rien à voir avec mon identité. Et de dire des choses sur Mireille ! sur comment elle a vécu avant. Donc ça mettait en cause quelqu'un d'autre.

Le psychologue — Parce qu'il y a eu des enquêtes ?

Sylvie — Non, parce que je lui ai raconté mais ce mec a tout raconté au tribunal.

Et le juge a demandé une contre expertise. Alors, là, j'ai dit non parce qu'il ne faut oublier que pendant 6 mois, j'ai fait que des cauchemars. Je me réveillais toutes les nuits.

Parce que, moi, j'ai vécu ça, je le dis, comme un viol.

C'est un truc, j'aime pas trop en parler mais je pense qu'il faut le dire.

Il y a des choses très drôles mais ça, .. c'est vraiment une douleur.

Donc, après, je connaissais une copine qui m'a dit « Passe ça à Chartres », sans expertise, où le juge était plus tolérant, et ce qui avait duré en 2 ans, ça s'est réglé en 4 mois. Sans expertise. Avec juste une écoute du juge.

Parce que, en plus, je n'ai même pas été convoquée par le juge. Mon avocat y est allé, il a été prévenu

chaque fois au dernier moment ; il n'a pas pu préparer son discours ; parce que je voulais argumenter devant le juge.

Tandis qu'à Chartres, bien sûr, je me suis faite domicilier fictivement parce que les tribunaux sont sectorisés, j'ai vu le juge, je lui ai expliqué mon truc. J'ai eu ces papiers en 4 mois. J'avais déjà changé mon compte bancaire, le tableau d'honneur, à la fac, c'était déjà fait et il a fallu reprendre la caisse de retraite complémentaire, la sécu, les URSAFF, puisque je suis en libéral et refaire un dossier au Conseil de l'Ordre.

Les nouvelles relations.

Commence alors « une nouvelle vie ». Mais, sur quelles bases ?

La première chose que soulignent les personnes réassignées concerne la grande difficulté, après tant d'années de solitude, de recréer un tissu relationnel. Les amitiés d'antan sont perdues et les relations créées dans le monde transsexuel sont abandonnées. En effet, les personnes réassignées ne se considérant plus comme des transsexuelles, il n'y a aucune raison de maintenir des liens avec ce groupe auquel elles ont appartenu de manière transitoire.

FRANCINE

Francine — Des ami(e)s de mon entourage, j'essaie de m'en créer. Mais non, c'est pas facile. J'ai du mal à y arriver.... Non, je n'y arrive pas, là.

Je pense que j'aurai des contacts, justement, par le dessin, grâce au dessin. Ça, oui.

Je suis sûre que si j'allais dans mon quartier où j'ai été mal accueillie, et que j'allais dans le quartier avec mon chevalet dessiner les jeunes, je suis sûre que ça changerait.

SYLVIE

Sylvie — Faut pas rêver ! il y a des douleurs. Il y a des choses que je ne vivrai jamais.

Les ami(e)s, je suis obligée d'en refaire de... de la base, je repart de zéro. Dans la vie, on a toujours des ami(e)s, on en perd et on refait de nouveaux mais il y a un roulement.

Tandis que là, il n'y a pas eu de roulement, il y a eu une rupture.

Je repars à zéro. C'est vachement dur de connaître des gens, quand en plus, on fait un boulot qui prend 8 heures par jour, on peut pas.

Et c'est très dur de repartir au niveau zéro. Le problème des trans, moi, j'ai gardé quand même certaines choses sociales, mais le problème de beaucoup de trans, comme beaucoup de SDF : zéro ami(e), zéro boulot, zéro fric.

J'ai eu aussi une fois un entretien, c'était au moment du CECOS ; il y a certaines églises dans Paris où on peut venir discuter comme ça.

Ce curé, je suis sûre était homo, il me citait tout le temps Cocteau . mais il a eu des mots très justes.

Il m'a dit « Si vous devez faire ce parcours, faites le ! »

Authentique, c'était un curé. Mais il a rajouté : « Mais surtout n'oubliez pas une chose : n'oubliez qu'il y a les autres et que, quand même, on ne peut pas vivre sans amour ».

Ça paraît simple, mais tout est là. Je pense que j'aurais quand même fait le parcours mais plus difficilement sur la fin, si j'avais pas eu Mireille.

Moi, je pense que les choses se construisent, que c'est plutôt une histoire de couches qui s'accumulent mais il ne faut pas louper une marche.

Et l'opération, ce n'est qu'une étape. Beaucoup de trans pensent que c'est là que c'est fini, c'est faux. C'est là que ça commence, au contraire.

Le parcours transsexuel, c'est les papiers, c'est la vie professionnelle, et ça, c'est généralement après.

Mais c'est vrai que j'ai eu une grande peur avant l'opération, c'est que je perde Mireille : beaucoup de transsexuel(le)s qui vivaient avec une personne avant quittent la personne avec qui ils vivaient parce qu'elles veulent tout gommer, en fait.

Il ne faut pas qu'il reste des traces du passé.

La différence avec Mireille, c'est que les choses ont été très claires dès le départ.

Elle m'a toujours connue qu'en femme et l'intervention n'était pas longtemps après.

Le coût.

Aucun témoignage n'oublie de mentionner le coût du parcours. L'argent est donc un élément actif et opératoire dans le processus de transformation.

FRANCINE

Francine — Sans arrêt, j'ai été obligée de relancer les médecins, professeurs, chirurgiens pour obtenir

les certificats que j'envoyais à la sécu avec l'appui de mon généraliste. J'ai réussi à voir les 100% pour l'épilation, la rééducation de la voix et le traitement hormonal et une partie de la mammoplastie qui coûté 30 000 F, remboursée 10 000, en charge par la sécu. Ce qui fait 20 000, en fait. Mais ça faisait quand même 30 000 F pour le chirurgien.

Mon opération m'aura coûté, en tout, environ 50 000 F - 6000 livres - et 100 livres de psy anglais.

Me G. m'aura coûté 13 669f, soit un total - je parle de prix -

opération vaginoplastie : 50 000f

opération mammoplastie : 20 000f

service « entr'aide », traitement hormonal : 4 000f

épilation - pas complètement remboursée - : 4 000f

avocat : 20 869f

Totaux : 98 869f.

Trois experts à ma charge , que j'ai dû obligatoirement aller voir pour ma nouvelle identité auprès de la justice, que je n'ai pas encore payés, qui devrait faire 9 000f.

Mes dépenses, avec tous frais confondus - transport,... dépassent largement 100 000 f.

SYLVIE

Sylvie — Au départ, c'est pas compliqué, je dépensais 2 500 f par mois pour les épilations. C'est un budget ; c'est énorme. Surtout que j'étais remplaçante. Je faisais des stages d'externe, donc pas d'interne, donc j'étais payée 2500 f par mois. Ma mère me donnait un peu de blé pour des boîtes de conserves... je connais toutes les marques : E.D. les débuts d'E.D. Faut voir la merde que c'était ! Voilà, j'ai bouffé ces trucs là .

Alors, c'est vrai, il ne faut pas oublier que c'est un coût ! et encore, moi, je suis issue d'une famille qui alignait quand même du fric ; je suis pas issue d'une famille pauvre ; loin de là. En plus, j'ai commencé le parcours à 24 ans, je l'ai terminé à 33 ; c'était plus long que les autres.

La plupart des gens font le parcours en 5 ans, 4/5 ans en moyenne, dans mon sens.

Le parcours d'un trans classique français, même s'il se fait opérer à l'étranger, un trans français qui fait son parcours classique d'Homme vers Femme, parce que, dans l'autre sens, c'est un peu plus long et puis il y a des fois, des intervalles et on s'arrête, et on reprend : parce qu'il y a le coût de l'opération qui n'est pas le même. Faut pas oublier qu'à l'étranger, une opération correcte, comme j'ai fait, c'est 53 000 f . Seulement de Femme vers Homme, on est dans les 150 000 f et je parle pas du haut ; je parle du bas. On est dans des sommes astronomiques.

Je ne suis pas comme une femme ordinaire.

Une fois le parcours achevé, toutes les personnes expliquent en quoi elles sont devenues des femmes *pas ordinaires*. Elles sont,

en effet, stériles, contraintes à suivre un traitement hormonal à vie, obligées d'entretenir leur néo-vagin, de continuer (même si c'est moins fréquemment qu'auparavant) l'épilation, les séances d'esthétique et la phoniatry.

FRANCINE

Francine — Maintenant, je peux dire que je suis acceptée telle que je suis ; comme une femme ordinaire, mais moins ordinaire que la moyenne.

Bon, depuis mon opération de vaginoplastie, c'est sûr que je ne ressens pas les mêmes sensations qu'une femme. Parce qu'elle a un utérus, des ovaires, elle a tout ça. Moi, je les ai pas. C'est sûr que c'est ce qui fait la différence.

Un autre exemple : la sécrétion de mon vagin n'est pas naturelle . Bon, mon vagin, il faut que je l'entretienne. Constamment, il faut que je le lubrifie.

Quelques heures après l'opération, le chirurgien m'a donné un conformateur, du gel et de la Bethadyne. Pendant ma convalescence d'un mois, je devais introduire le conformateur dans mon vagin pour éviter qu'il ne se referme. Et cela, tous les jours pendant six mois ; puis tous les deux jours pendant trois mois ; puis une fois par semaine pendant trois mois et une fois par semaine, et même plus, pendant toute la vie sinon les parois risquent de se recoller ; surtout si je n'ai pas de rapports sexuels réguliers.

A mon avis, la sensibilité, c'est une chose que, je pense, la chirurgie arrivera difficilement à faire réapparaître chez un transsexuel.

Bon, il y a certaines transsexuelles qui disent : « oui, moi, je suis sensible tout de suite, je suis excitée sexuellement, ceci, cela.. ».

Bien que j'ai ressenti quelques orgasmes, quand même ; mais c'est très rare.

Parce que, bon, ça dépend comment la chirurgie est faite. J'ai un clitoris qui a été reconstitué. Mais je trouve que mon clitoris est un peu haut, devant l'entrée du vagin.

Ma cavité vaginale a une profondeur de 10 - 12 cm environ. Mais ça dépend où on va se faire opérer : en France, par exemple, il y en a beaucoup qui loupent l'opération et qui font un vagin trop étroit et pas assez profond. Et s'il reste un peu trop de corps caverneux à l'entrée du vagin, alors la personne transsexuelle ne supportera pas la pénétration ; ça va lui faire très mal.

La vie actuelle.

A propos de ce thème, les personnes tiennent à affirmer le caractère « normal » de leur nouvelle vie.

Cependant, elles reconnaissent que le parcours n'est jamais totalement achevé.

Avec certaines opérations esthétiques supplémentaires, la crédibilité serait peut-être plus grande.

Et il y a cette question importante qui demeure : Peut-on effacer les traces du passé ?

Cette interrogation nous amène, in fine, à visiter les études silencieuses des notaires...

d'Adam trop visible et à une rectification de mon visage, un peu trop masculin.

J'ai peut-être oublié d'évoquer certains passages de ma vie, mais j'oublie peu à peu ce que j'étais et je me sens très bien dans ma peau.

SYLVIE

Sylvie — Comme je vous ai dit au départ, j'ai été transsexuelle et je me demande si j'ai été réellement autrement que ce que je suis aujourd'hui.

J'arrive à oublier ce que j'ai été, à me demander si j'ai été un garçon et ce n'est pas pour me voiler la face.

Quand je vous parle de mon enfance, je dis « quand j'étais petite ».

Il faut que je fasse un effort et que je rectifie : « Quand j'étais petit ». Car, pour moi, ma vie intérieure n'a jamais changé.

Alors, moi, je ne vais plus aux réunions de l'ASB parce que d'abord, je ne suis plus transsexuelle : j'étais transsexuelle ; et parce que je ne supporte pas les discussions entre les trans. Ce côté égocentrique, on dirait qu'elles attendent toutes le RMI, mais il faut de l'argent, dans cette histoire. Si on n'a pas d'argent, on s'en sort pas. On est dans un système capitaliste et l'argent, c'est la liberté. Si les trans n'ont pas compris ça, elles n'ont plus qu'à se flinguer.

On est la caricature du système. Si les trans se cassent la gueule, c'est que vraiment, la société ne va pas bien.

La seule alternative, c'est d'être très forte. Parce que, même si on est sûre de soi, il y a toute la société qui

fait dire qu'on est un problème. Mais ce n'est pas nous le problème, c'est les autres. Quand on a compris ça, on a gagné. La force, elle est là.

Maintenant, ce que je veux, c'est vivre avec Mireille, tenter cette histoire d'adoption et finir d'effacer les traces de mon passé. Surtout si on élève un enfant.

De toutes façons, un transsexuel ne veut pas avoir de traces.

Moi, je peux vous raconter comment j'ai fait pour effacer toutes les traces. Mais, malheureusement, il restera toujours des traces quelque part, malgré tout, même après avoir changé beaucoup de choses. C'est un boulot de romain.

Moi, j'ai réduit au maximum, les traces. C'est ce que je peux dire. Il restera toujours des traces chez le notaire, mais il faut encore vouloir les chercher.

INTERPRETATIONS.

LIMITES DES INTERPRETATIONS PROPOSEES .

L'absence de témoignages concernant le parcours FtM et le faible nombre d'entretiens réalisés nous incitent, bien sûr, à la plus grande prudence dans nos interprétations. Cependant, dans la mesure où nous ne cherchons pas à définir une nature spécifique de la personne transsexuelle mais à analyser le processus de transformation à partir des pratiques des différents groupes impliqués, la question de la taille de l'échantillon observé devient moins cruciale.

D'autre part, et ceci concerne l'ensemble des sciences humaines, nous rappellerons que les interprétations ne peuvent être considérées qu'en terme de propositions conceptuelles.

Ainsi, dans le domaine de la recherche en psychologie, le principal intérêt des interprétations consiste, en fait, en leur capacité d'instaurer un débat contradictoire avec les différents acteurs impliqués à l'occasion d'un retour sur le terrain. Or, ces propositions conceptuelles n'auront de valeur que si elles peuvent prétendre se révéler intéressantes pour les personnes ou les groupes auxquelles elles s'adressent.

Par voie de conséquence, toute interprétation dont la proposition s'accompagne d'une opération de démembrement de la personne vis à vis de ses groupes d'appartenances ne peut être, à nos yeux, acceptable. En fonctionnant comme une arme contre les groupes, en supprimant aux représentants de ces groupes toute possibilité de se prononcer sur l'intérêt de l'interprétation, celle-ci agit, en fait, comme un acte anti-démocratique.

C'est pourquoi nos tentatives d'interprétation concernant le processus de transformation transsexuel sont à entendre comme une contribution à l'ouverture d'un débat sur les contraintes auxquelles devrait se soumettre la psychologie, quand elle s'autorise à intervenir dans un tel domaine, pour se montrer *intéressante*.

AFFILIATION ET SUBVERSION.

Les opérateurs de la transformation transsexuelle.

Le parcours transsexuel peut être lu comme un processus complexe de modification, en profondeur, d'une personne.

Pour rendre compte de cette procédure de transformation de l'être, nous partons de l'examen de ses éléments visibles pour interroger, ensuite, la partie cachée du processus en tentant de mettre à jour les mécanismes de la transformation dont certains semblent fonctionner à l'insu des acteurs eux-mêmes.

L'aspect visible de la transformation : la modification du corps et de la nomination.

Le corps est l'objet dont la transformation est la plus manifeste et la plus spectaculaire. De l'habillement à l'opération de vaginoplastie, en passant par le maquillage, le traitement hormonal, l'épilation, la phoniatrie, la mammoplastie, ..., le corps initial est travaillé, modelé, modifié en profondeur : certaines parties sont retirées, d'autres ont leur fonctions annihilées ou provoquées (la pilosité), d'autres enfin sont totalement reconstruites (vaginoplastie, phalloplastie).

Ce type de transformation corporelle ressemble étrangement au processus de *métamorphose* de certains insectes⁶². C'est, en effet, un autre corps, une autre « chose », une nouvelle nature qui doit advenir au terme du parcours.

En revanche, pour réaliser ce qui semble bien être de l'ordre de la métamorphose, le transsexuel doit avoir recours à de multiples techniques. Certaines d'entre elles, que l'on peut

⁶² L'emblème de l'Association du syndrome de Benjamin est, d'ailleurs, un papillon.

qualifier de « légères », sont auto-réalisables (le changement de vêtements, le maquillage et le début des épilations) et réversibles, mais, très vite, la transformation nécessite de faire appel à des techniques « lourdes » qui sont irréversibles et exigent l'intervention de spécialistes professionnels dotés d'une compétence de haut niveau dans le domaine d'intervention qui est le leur.

Il est un second *objet* dont la transformation est tout aussi visible : celui de la nomination.

Depuis notre naissance, nous sommes liés à un prénom, véritable marqueur de notre assujettissement à notre sexe de naissance. Tel un virus s'infiltrant dans les fichiers de l'ordinateur, cet objet que l'on peut qualifier sans hésiter, d'actif, se met très vite à se dupliquer sur tous nos papiers officiels : de la carte d'identité au n° de sécurité sociale, du permis de conduire aux différents diplômes,...

Pour réussir à inverser la polarité de cet objet actif, à modifier la nature de ses effets, le transsexuel doit non seulement avoir recours à des procédures bien précises mais il doit également acquérir un savoir-faire stratégique. C'est ainsi que, dans l'attente de recevoir l'accréditation officielle d'un nouveau prénom par les tribunaux (choisi parfois par la justice elle-même !), il parvient à se faire établir des papiers mentionnant simplement l'initiale du prénom⁶³, puis d'obtenir ensuite de nouveaux documents sous l'appellation Mme ou Melle en se servant des papiers intermédiaires. Cette stratégie, essentielle pour pouvoir vivre en femme en attendant la réassignation officielle, n'est réalisable qu'en apprenant à se faufiler dans les infimes espaces de liberté qui demeurent dans notre monde de plus en plus technologique, c'est à dire là où il manque encore quelques interconnexions à l'immense toile informatique qui tente de réaliser la plus parfaite traçabilité des individus.

⁶³ Sur des documents non officiels (à la différence de la CNI, du permis e conduire, de la fiche d'état civil) comme ceux de la banque, de l'EDF, du téléphone, des factures, ... L'appellation "Mr" ou "Melle" n'étant pas des termes que des termes de politesse, de savoir-vivre. Aucun texte juridique ne précise leur utilisation.

L'aspect caché de la transformation : des opérateurs de modification de la personne.

Premier opérateur :
la nécessaire
désaffiliation.

Tout parcours transsexuel comporte un passage, vécu comme difficile, douloureux, mais nécessaire : celui de la rupture avec les anciens réseaux relationnels.

Il semble, en effet, que la décision de la transformation s'accompagne systématiquement d'un processus d'isolement de la personne, d'une sorte de « dégroupage », et ceci, dès le début des rencontres avec les psychiatres, les psychologues, l'esthéticienne, le phoniatre, l'endocrinologue, puis le chirurgien.

Selon les personnes concernées, cette nécessaire rupture est liée d'une part, à l'importance que prennent dans la vie quotidienne les rencontres avec les différents spécialistes de la transformation et les soins qu'il faut consacrer à la modification de son corps ; et d'autre part, à une volonté délibérée de rompre avec le passé puisque le parcours doit aboutir à une nouvelle naissance.

Aux arguments développés par les personnes elles-mêmes, nous y ajouterons les effets de déni de l'existence des groupes et d'isolement de la personne qu'opèrent de nombreuses théories psychologiques et notamment psychanalytiques.

L'analyse des pratiques de la psychiatrie et de la psychologie nous permet d'affirmer que les entretiens à visée psychothérapeutique participent, en effet, activement au processus de rupture⁶⁴.

Pour ces professionnels, en effet, la transsexualité n'est que la manifestation d'un trouble intra psychique. A partir de ce postulat, toute la pratique de ces professionnels va consister à convertir le monde complexe de la personne candidate à la transsexualité en un monde conforme à la théorie psychologique. Cette opération se fera essentiellement par *purification*⁶⁵. C'est ainsi que la personne deviendra un *sujet*

⁶⁴ Houlou, A. De l'Augustinisme juridique à l'invention de la Psychologie. Document pour l'habilitation à diriger des recherches. Université de Paris 8, 1998.

⁶⁵ Isabelle Stengers. Cosmopolitiques VII. Opus cité. p. 29.

psychopathologique ; son groupe familial, dont on aura mis en évidence le fonctionnement pathogène, sera fracturé et satellisé en des imagos parentaux internes au *sujet* ; ses anciennes relations vont devenir des *objets de désir*, Tout ce processus devant aboutir à re-qualifier la transsexualité en terme d'expression d'un trouble nécessitant l'examen de la dynamique *intra psychique* du *sujet*.

Les théories psychologiques, fondées sur le postulat de la psyché, agissent comme de véritables opérateurs de transformation de la personne en l'isolant de ses attaches et en faisant disparaître les réseaux auxquels elle était affiliée.

Second opérateur :
le morcellement des
interventions.

Pour parvenir à la transformation du corps et au changement de nomination, la personne transsexuelle doit faire appel à l'intervention de nombreux techniciens qui n'ont pas pour habitude de travailler ensemble⁶⁶. Quand la personne transsexuelle vient les solliciter, ceux-ci n'ont, en général, aucun intérêt professionnel à s'adresser, de manière globale, à la transsexualité de la personne mais plutôt à un organe dont ils sont les spécialistes de la transformation (le psychanalyste s'intéressera à "l'organe" de la psyché, le phoniatre à celui de la voix, l'esthéticien ou le dermatologue à la pilosité, le chirurgien à la poitrine ou à l'appareil sexuel).

Le fonctionnement du système de modification de la personne est donc de type analytique. Chaque spécialiste intervient sur un élément de la transformation et c'est à la personne transsexuelle elle-même de fabriquer de la cohérence entre toutes ces modifications partielles.

Ce travail de synthèse nécessite une négociation permanente avec les différents techniciens, ce qui suppose l'acquisition d'une connaissance approfondie des techniques d'intervention de chaque professionnel sollicité.

Par ce fait, le morcellement des interventions a pour effet de transformer la personne transsexuelle en un véritable expert dans des domaines aussi différents que la voix, l'esthétique, la psychologie, l'endocrinologie ou la chirurgie plastique.

⁶⁶ Cette situation est spécifique à des pays comme la France. Dans les pays anglo-saxons, il existe des équipes pluri-disciplinaires rassemblant dans le même lieu des psychiatres, psychothérapeutes, phoniâtres, endocrinologues, chirurgiens et assistants sociaux.

Troisième opérateur :
l'engagement dans un
parcours irréversible

Toute la première partie du parcours correspond, nous l'avons souligné, à des transformations de la personne qui sont encore réversibles. Que l'on veuille s'habiller en femme, que l'on se maquille, que l'on prenne même des hormones à faible dose, toutes ces pratiques n'engagent pas la personne dans un parcours sans retour.

Mais, très rapidement, et ceci, dès sa rencontre avec le psychiatre, il lui faut prouver *sa conviction permanente et profonde de vouloir changer de sexe* pour obtenir le certificat qui lui donnera accès aux remboursements des traitements ultérieurs. Or, il s'avère que le psychiatre ne prend jamais la décision d'établir le certificat de « transsexualisme » en se fondant sur la seule parole du patient. En fait, il attend et il observe. Or cette attente, cette période d'observation peut être lue comme un acte participant à la transformation de la personne.

Les personnes transsexuelles nous disent ne pas comprendre ce silence et ce manque de prise de décision et, face à cette indétermination dont fait preuve le psychiatre, elles n'ont, disent-elles, qu'une seule issue possible : commencer les traitements (hormones, épilation, phoniatrie, vie réelle en femme,...) afin de contraindre le psychiatre à prendre acte d'une transformation déjà engagée et devenue irréversible.

Cette stratégie se révèle, effectivement, efficace puisque alors le psychiatre délivre généralement le certificat permettant la poursuite du parcours.

On peut penser que cet attentisme dont fait preuve le psychiatre et qui est interprété comme un non-sens agit, dans les faits, comme un puissant et singulier opérateur de transformation : non seulement il a un effet paradoxal d'accélération de la prise de décision pour s'engager dans la partie irréversible du parcours mais il incite le candidat transsexuel à se lancer dans une construction de lui-même "en résistance à" (notamment au monde des "psy" pour lequel la réalité transsexuelle est une aberration). Ce n'est qu'une fois que le prétendant à la nomination « transsexuel » aura fait la preuve de son engagement total dans un devenir transsexuel que le psychiatre officialisera alors cet état de fait par l'établissement du certificat.

Quatrième
opérateur :
l'imprévisibilité du
parcours.

Les personnes réassignées l'affirment toutes : le parcours est un engagement total dans une série d'épreuves toujours imprévisibles. Chacune de ces épreuves transporte avec elle un risque de déstabilisation, de désordre dans la vie quotidienne. Chaque pas du parcours fait surgir de nouvelles questions, de nouveaux problèmes qu'il est indispensable de résoudre pour pouvoir réaménager l'ensemble de sa vie, sauvegarder un minimum de cohérence et pouvoir affronter la prochaine étape. Ainsi, pour conserver son emploi (et pouvoir payer les traitements), s'il faut se présenter en tant qu'homme, comment faire quand on sort d'une séance d'épilation qui vous fait gonfler un visage totalement tuméfié et ce, durant plusieurs jours ?

Il n'existe aucun mode d'emploi *à priori* pour réussir la traversée du parcours. Celui-ci se construit au fur et à mesure et la clé de la réussite est chaque fois différente pour chaque personne.

Bien sûr, il existe des réseaux d'information (en particulier : les associations) où il est possible de rencontrer d'autres personnes effectuant le même type de parcours et où il est possible d'apprendre les principales règles qui structurent l'organisation du monde de la transsexualité.

Néanmoins, chaque parcours demeure singulier et les risques de ne jamais parvenir à en sortir sont multiples :

- par manque d'argent,
- par l'établissement d'un diagnostic différentiel de la part du psychiatre,
- par impossibilité de prendre des hormones (cas d'incompatibilité) ou par un bouleversement soudain de l'équilibre de la personne déclenchée par une prise d'hormones à haute dose ⁶⁷,
- par la totale adhésion à la théorie du psychothérapeute qui affirme qu'il est « préférable de changer ce qu'il y a dans la tête plutôt que changer son corps »,
- ou encore par un constat de « manque de crédibilité » (établi par l'expertise à l'intention du tribunal), qui bloque l'autorisation officielle du changement d'identité.

⁶⁷ Ce qui semble être le cas pour une personne que nous avons rencontrée dans le groupe de recherche.

Cinquième opérateur :
l'affiliation
temporaire à la
communauté
transsexuelle.

L'opération de rupture avec les réseaux relationnels d'origine dénuée la personne transsexuelle de toute appartenance à des groupes. Cet isolement est vécu comme insupportable et effrayant :

« ...je m'auto-détruisais... j'étais seule avec mes questions et il fallait que je me rassure en rencontrant des gens comme moi... ».

Commence alors la quête d'un groupe qui serait composé de personnes habitées par les mêmes types de questionnements et le même projet de transformation. Depuis une dizaine d'années, en France, ces communautés sont fédérées par des associations qui organisent les rencontres entre personnes transsexuelles, offrent un lieu de ressources et tentent de transformer les difficultés rencontrées de façon individuelle pendant le parcours en des actions collectives visant à modifier la nature de certaines épreuves auprès des institutions et de leurs représentants que sont les professionnels.

Cependant cette affiliation à un groupe « transsexuel » se révèle ne fonctionner que comme une affiliation temporaire. Une fois réassignées, les personnes déclarent qu'elles ne se reconnaissent plus comme membres de ces groupes puisqu'elles ne sont plus transsexuelles.

Le caractère temporaire de cette affiliation est d'ailleurs confirmé par les personnes transsexuelles elles-mêmes quand, avec humour, certaines se traitent elles-mêmes de "monstres", ce qui signifie : "ma transformation est en cours mais elle n'est pas achevée".

Sixième opérateur :
L'affiliation définitive
à la psychologie et à
la médecine.

L'impossible état d'isolement qui marque le début du parcours disparaît par la rencontre avec les représentants professionnels de la psychologie et de la médecine.

En effet, quand le candidat à la transsexualité se présente devant le psychiatre, c'est une nouvelle nomination qu'il vient chercher auprès de ce professionnel. Et quand le psychiatre met autant de temps à autoriser la personne à se dire « transsexuelle », c'est parce qu'il s'agit de devenir membre du groupe psychopathologique des *sujets atteints d'un trouble grave de la personnalité* (autrement dit : du syndrome de transsexualisme), et que cette opération n'est autorisée que si la personne satisfait à des critères d'entrée bien précis établis par la communauté psychiatrique elle-même.

L'intronisation du postulant dans ce groupe est indispensable à la réalisation du parcours puisqu'il est une condition nécessaire à l'obtention de l'accréditation officielle notifiée par le psychiatre. Psychiatre qui, d'ailleurs, réapparaîtra, à la fin du parcours, sous l'aspect d'un expert, commandité par le tribunal, dont la fonction consistera à participer à l'authentification du bon déroulement du parcours et à l'accréditation de la nouvelle identité de genre.

Si l'appartenance à cette catégorie de la population des sujets atteints de transsexualisme va avoir une fonctionnalité temporaire, en revanche, celle de l'affiliation des personnes transsexuelles à la psychologie est probablement définitive.

Tout en mettant en suspens l'éventuelle appartenance de la personne à la catégorie psychopathologique des troubles de transsexualisme, le psychiatre contraint le candidat à rencontrer un psychologue en lui demandant de suivre une psychothérapie. Or, c'est dans cet espace que va s'opérer l'affiliation de la personne transsexuelle à la psychologie. En effet, tout au long des rencontres thérapeutiques, le « patient » va apprendre à reconstruire l'ensemble des événements de sa vie, lui donner une cohérence en élaborant un récit de soi selon des théories psychologiques. Et ce travail de construction de l'identité servira désormais de moule pour lire et intégrer tous les événements à venir.

Nous avons pu vérifier cet aspect définitif de l'affiliation aux théories psychologiques au travers des témoignages recueillis : l'ensemble du parcours de vie, de la petite enfance à aujourd'hui fait l'objet d'un récit dans lequel s'enchaînent des souvenirs d'événements mis en exergue comme étant autant de connecteurs prouvant la cohérence d'une interprétation psychologique plausible de l'émergence du fait transsexuel.

Précisons enfin que si cette affiliation à la psychologie et à ses théories psycho-dynamiques s'avère inscrite dans la personne de manière définitive, celle-ci ne nécessite nullement l'existence d'une affiliation concrète aux représentants des théories psychologiques. Dans un tel processus, les thérapeutes ne sont que des vecteurs de mise en relation de la personne avec les théories qu'ils promeuvent. D'ailleurs, quand un thérapeute devient insignifiant aux yeux de son patient, c'est bien souvent le signe d'une affiliation aux théories réussie.

Le résultat : la fabrication d'un nouvel être.

Avant de poursuivre nos interprétations du processus de transformation des personnes transsexuelles, nous pouvons maintenant commencer à rassembler certaines caractéristiques de cette opération de transformation des candidats à la transsexualité et à identifier certaines spécificités de ce nouvel être émergent qui s'est construit peu à peu au fil des épreuves du parcours.

Les candidats à la
transsexualité : des
êtres dévitalisés

Les témoignages des personnes réassignées soulignent tous la fragilité du tissu relationnel familial et l'impossibilité ressentie très tôt de pouvoir partager des expériences intérieures avec les personnes de l'environnement immédiat.

Quand elles racontent leur enfance ou leur adolescence, on ne peut qu'être étonné du rapport singulier qu'elles entretenaient vis à vis des groupes. Comme si, avant que ne s'engage le parcours, aucun groupe n'était susceptible de les accueillir de manière satisfaisante, durable et profonde.

A partir des données que nous avons recueillies, nous pouvons supposer que ces personnes ont longtemps cherché, en vain, auprès de ce qui auraient du être leurs proches, un écho à leurs interrogations profondes. Se sentant profondément étrangers dans ce qui aurait dû faire office de niche écologique, le groupe familial, les ancêtres, la communauté d'origine, ... les candidats transsexuels semblent avoir traversé un longue période d'errance, d'attente, de recherche d'un groupe leur permettant de se construire en tant qu'humain parmi les humains. Ce temps de l'exil ne prenant fin qu'avec la début du parcours de transsexualité.

La transformation transsexuelle : l'apparition d'un être vivant.

Se vivant à l'origine comme des « êtres dévitalisés », les personnes candidates à la transsexualité vont se construire un nouvel être, cette fois-ci vivant, au fil du parcours.

De cette construction, nous pouvons préciser qu'elle nécessite :

- la fabrication d'un nouveau corps et d'une nouvelle nomination.
- un processus complexe de modification de la personne incluant différents opérateurs : la désaffiliation de la personne à ses réseaux d'appartenance, une série d'interventions partielles réalisées par des spécialistes intervenant dans des domaines hétérogènes, un engagement de la personne dans un parcours irréversible et imprévisible, une affiliation temporaire à un groupe décrit et défini par la psychiatrie, une reconstruction par la psychologie de son identité, une fabrication par la médecine d'un nouveau corps et une reconnaissance juridique d'appartenir à l'autre sexe.

D'évidence, dans ses rencontres avec la psychiatrie et la psychologie, la personne transsexuelle ne peut se satisfaire d'énoncés découlant uniquement d'une quelconque théorie de la sexualité. Prendre acte d'un tel constat revient à énoncer une première proposition :

les personnes transsexuelles nous apprennent qu'il doit être possible de penser les humains sans la sexualité.

Elles ne cessent d'affirmer que c'est en rencontrant les hormones de synthèse et l'endocrinologie, la médecine chirurgicale et plastique, la phoniatrie, l'épilation électrique et l'esthéticien, ... que leur vie a totalement changé.

Elles nous proposent, en somme, de partager l'idée selon laquelle certains êtres humains sont susceptibles de se réaliser durablement en se lançant dans une aventure de transformation qui vient se loger, s'actualiser et s'accorder avec celle que mène une médecine hi tech, toujours à l'affût de nouveaux défis technologiques à relever.

En conséquence, c'est à une seconde proposition que les personnes transsexuelles nous invitent à réfléchir :

peut-on concevoir l'idée que certains humains se construisent, non pas à partir de relations avec une quelconque altérité individuelle, mais directement avec un interlocuteur privilégié qui n'est autre qu'une institution toute entière (dans ce cas, l'institution médicale) ?

En ce sens, les transsexuel(le)s viennent affirmer qu'il (elle)s se constituent, en tant que tel(le)s, d'emblée, comme des êtres sociaux.

Le contrôle social du processus de transformation : le rôle de la psychiatrie.

Tout ce processus de transformation ne peut être réalisé que sous le contrôle social de la psychiatrie. En se présentant comme le seul groupe professionnel habilité à accueillir la demande des personnes concernées, la psychiatrie contraint les candidats à la transsexualité à se conformer à une redéfinition de leur identité selon la catégorie psychopathologique qu'elle a inventée et à accepter les épreuves d'un parcours qu'elle supervise jusqu'à son terme. Ce n'est qu'en acceptant ces conditions que les personnes transsexuelles peuvent avoir accès aux véritables spécialistes qui les intéressent : les endocrinologues et les chirurgiens pour la métamorphose corporelle et les juges pour obtenir un nouveau statut social.

Caractéristiques du processus de fabrication des nouveaux êtres que sont les personnes réassignées.

Le mécanisme de l'affiliation.

Si nous rassemblons maintenant les différentes étapes du parcours transsexuel, ce processus de transformation se déroule ainsi :

Le candidat à la réassignation est toujours une personne livrée à de multiples questionnements intérieurs dont elle ne sait que faire et qui, peu à peu s'amplifient et la déborde, au risque de l'entraîner dans un processus d'auto-destruction.

Quand elle rencontre un représentant de la psychiatrie, celui-ci lui promet que si elle correspond aux critères nécessaires, elle

pourra être nommée « transsexuelle » et bénéficier, alors, d'une transformation qui répond à ses questionnements.

Ce personnage officiel, habilité à la nomination du candidat transsexuel, lui demande de travailler avec un de ses collègues (un psychothérapeute) et suspend sa décision.

La personne s'engage alors dans la partie irréversible du parcours. Bien que ne sachant pas encore ce qu'elle deviendra, ni si le psychiatre l'accréditera, elle se procure des hormones, modifie sa voix, subit les séances d'épilation et apprend à reconstruire toute sa vie dans un récit conforme aux théories psychologiques.

Pour ne pas se précariser, le candidat à la transsexualité est obligé de rester crédible vis à vis de l'extérieur tout le temps du passage. Il doit apprendre à négocier avec le monde environnant (notamment pour conserver son emploi) en sachant *passer* tantôt en tant que femme, tantôt en tant qu'homme.

Pour gérer le fait d'avoir rompu avec toutes ses attaches précédentes, il s'affilie temporairement à la communauté transsexuelle, commence sa modification corporelle et peut alors venir se re-présenter devant le psychiatre. Celui-ci, constatant l'irréversibilité du processus engagé et la crédibilité qu'il est nécessaire d'amplifier délivre alors le certificat qui ouvre les portes de la chirurgie. La création d'une poitrine et d'un néo-vagin achèvent la transformation du corps de la personne. Il lui reste encore à se présenter devant la justice pour qu'elle officialise le changement de sexe en faisant appel à une triple expertise, sorte de contrôle final du nouvel être ainsi fabriqué par la psychologie et la médecine.

Ainsi décrite, la procédure de transformation de la personne transsexuelle révèle de nombreux caractéristiques que nous retrouvons dans tout processus d'affiliation.

En effet, l'affiliation est un ensemble de mécanismes dont nous rappellerons certains d'entre eux :

- Le candidat est toujours une personne en proie à de nombreux questionnements sur sa nature.
- C'est toujours un groupe officiel qui procède à l'affiliation ; ce n'est jamais l'acte d'une personne seule.
- L'affiliation est une procédure de transformation profonde de l'être. Elle comporte des modifications à la fois du corps et de la nomination.

- C'est un processus irréversible.
- Le candidat à l'affiliation ne sait jamais comment se déroulera la procédure. De son côté le professionnel de l'affiliation n'est jamais sûr, à priori, que le candidat a les capacités requises pour une telle modification. Il devra faire ses preuves tout au long du parcours et le professionnel prendra acte de ses potentialités au fur et à mesure des épreuves.
- Les techniques employées par le professionnel font souvent appel à des injonctions paradoxales ou des mises en situation ressenties par le candidat comme insensées.
- En fin de parcours d'affiliation, le *noyau* de la personne qui apparaît est perçu comme si celui-ci avait toujours existé. Le processus d'affiliation est alors pensé comme ayant permis la manifestation de la véritable nature de la personne.

La présence de nombreux mécanismes de l'affiliation dans le processus de transformation transsexuelle nous incite à considérer la transsexualité comme une procédure moderne de fabrication d'une nouvelle personne par la psychologie et la médecine.

D'un être perçu initialement soit comme « dévitalisé » par la personne elle-même, soit perçu comme inclassable, instable ou défiant toute nosologie par les groupes professionnels, est fabriqué un nouvel être, par la psychiatrie et la médecine, qui est alors perçu comme « revitalisé » par la personne elle-même, et que les groupes professionnels auront réussi à assujettir.

Il nous reste à examiner quels peuvent être les intérêts de chaque groupe professionnel à participer activement à une telle entreprise d'affiliation. En effet, un processus d'affiliation n'est jamais engagé par hasard. Il répond toujours à une nécessité vitale du groupe culturel et particulièrement de chacun des réseaux professionnels engagés dans la procédure de transformation.

Les intérêts de la médecine.

Les intérêts de la médecine sont assez simples à imaginer : les candidats à la réassignation contraignent les chirurgiens à affiner leur techniques de reconstruction des corps. Ils mettent

les équipes en compétition les unes avec les autres, invitent les chirurgiens lors de colloques en leur demandant de trouver des solutions techniques à tel ou tel désagrément post-opératoire. La médecine hi-tech ne peut être insensible à une telle opportunité d'expérience lui permettant de réaliser des progrès techniques réutilisables en chirurgie plastique, un secteur en pleine expansion ⁶⁸.

Les intérêts de la justice.

Le juge, représentant officiel de la société, est le garant des droits et des devoirs de chaque citoyen au regard de la loi. Dans les sociétés occidentales modernes, les modifications du corps et de la nomination sont soumises à des réglementations législatives strictes. Ainsi, en France, l'opération de castration est interdite par la loi et le changement de nom, de prénom ou de sexe est, en règle générale, impossible.

C'est pourquoi, pendant de nombreuses années, la justice française a eu pour principe de ne pas accorder l'officialisation du changement de sexe pour les transsexuels. Mais depuis l'instauration de la Cour européenne des droits de l'homme, dont les décisions se fondent sur le droit de chaque individu au respect de sa vie privée (article 8 de la Convention ⁶⁹), les tribunaux français ont été contraints de modifier leurs décisions. Désormais, pour statuer, les juges suivent de plus en plus fréquemment les recommandations des experts auxquels ils font appel (un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien).

Pour résoudre le problème que leur pose la transformation transsexuelle, les juges ont, en quelque sorte, délégué leur pouvoir aux représentants des groupes professionnels qui interviennent dans le parcours de transformation.

On peut comprendre que, dans une telle affaire, l'intérêt principal de la justice reste le contrôle du maniement de la nomination et des corps par chaque individu. Or, comme l'a montré Foucault ⁷⁰, elle a trouvé dans la psychiatrie la caution

⁶⁸ Notamment en traumatologie, en cancérologie ou en médecine de confort.

⁶⁹ Article 8. Alinéa 1 : affirme le droit de chacun au respect de sa vie privée. Alinéa 2 : interdit les ingérences de l'autorité publique dans l'exercice de ce droit.

⁷⁰ Foucault. M. Les anormaux. Gallimard. 1999.

Foucault. M. Surveiller et Punir. Gallimard. 1993.

d'un groupe professionnel se prétendant expert dans l'identification, le traitement et la stabilisation sociale (le reclassement) des gens anormaux.

Depuis que les psychiatres ont déclaré que la transsexualité relevait de leur compétence, les tribunaux se sont fondés essentiellement sur leurs expertises pour officialiser ou non le changement de sexe. En laissant à la psychiatrie la responsabilité d'une identification psychopathologique et du traitement de chaque citoyen présentant un comportement anormal, la justice peut jouer son rôle qui consiste, en fait, à pouvoir suivre un individu identifié tout au long de son parcours et à travers tous ses réseaux. L'ordre social peut ainsi être maintenu dans un système fonctionnant sur le principe que chaque citoyen appartient, dès sa conception, à l'état⁷¹.

Les intérêts de la psychiatrie.

L'intérêt principal de la psychiatrie fut d'annexer la transsexualité dans son domaine de compétences. Pour cela, elle a créé une catégorie psychopathologique nouvelle dans laquelle les personnes transsexuelles pouvaient plus ou moins se reconnaître. Ce faisant, en inventant un groupe artificiel susceptible d'être intéressant pour ces individus au comportement mouvant, instable et donc socialement inquiétant, elle a réussi à stabiliser ces individus en en faisant des "malades" et en les contraignant à se conformer au protocole de description et de traitement que comporte toute catégorie psychopathologique.

Dès lors, la psychiatrie a pu se présenter comme étant la seule instance institutionnelle se prétendant capable non seulement de définir qui relève de la transsexualité et qui n'en relève pas mais également de déterminer l'éventail des réponses culturellement acceptables aux revendications de ces « patients » en terme de modalités de traitement afin que cette population, une fois prise en charge, stabilisée et sous contrôle, ne vienne plus *troubler* l'ordre public.

⁷¹ Pouillon, J. 1970. *Malade et médecin : le même et/ou l'autre. Remarques ethnologiques*. In Nouvelle Revue de Psychanalyse. 1, Pages 76 -98.

Nathan, T. L'influence qui guérit. Odile Jacob. 1994. Pages 199-220.

Nathan, T. ; Dagognet, F. La mort vue autrement. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1999. Pages 127-132.

La gestion sociale de la dimension de subversion des transsexuels mais aussi des transgenders.

La nécessaire subversion face à l'entreprise de définition de la nature humaine.

Dans un texte de 1908⁷² Freud interroge le rôle de la morale sexuelle civilisée dans l'accroissement des maladies nerveuses. Un grand nombre de ces maladies, affirme-t-il, sont l'expression de psychonévroses générées par une civilisation construite sur la répression des pulsions.

Les forces utilisables pour le travail culturel sont acquises...en réprouvant toutes relations sexuelles sauf celles qui sont conjugales et monogames,...et, pour une grande part, par la répression de ces éléments de l'excitation sexuelle qu'on appelle pervers.

Or, la nouvelle méthode d'enquête qu'est la psychanalyse a montré que la pulsion sexuelle n'en fait qu'à sa tête et n'a pas un comportement accommodant... ; c'est pourquoi, chez de nombreux individus, s'installe la névrose qui ...sait faire échouer le dessein civilisateur et se charge justement du travail des forces mentales réprimées, ennemies de la civilisation...

L'aggravation de la difficulté d'une vie sexuelle normale a pour conséquence de conduire la satisfaction homosexuelle à se répandre... et les membres de la société (incapables de respecter la morale civilisatrice) à voiler la vérité, à présenter les choses sous un jour faussement favorable, à se tromper eux-mêmes et à tromper les autres.

⁷² Freud. S. La morale sexuelle « civilisée ». In La vie sexuelle. Paris. PUF. 1969.

C'est pourquoi, conclut Freud, il est urgent d'apporter des réformes à la morale sexuelle civilisée vis les dommages qu'elle cause et son rôle dans l'extension de la maladie nerveuse des temps modernes.

Ce que sous-entend Freud dans ce texte, c'est bien sûr l'urgence, pour la civilisation moderne, de développer une morale à la lumière des théories de la psychanalyse. La civilisation s'en porterait beaucoup mieux, elle n'aurait plus à lutter contre l'entreprise dégénératrice de la névrose et le comportement des individus serait prévisible et conforme aux principes moraux auxquels ils disent adhérer.

Or, chaque fois qu'une communauté d'humains (des communautés post-soixantuitardes⁷³ aux kibboutz) a tenté de fonctionner à partir de principes visant à définir ce que doit être le comportement de chacun de ses membres, la seule réaction possible des individus, pour rester vivants, fut l'adoption d'une attitude de subversion. Il n'existe pas d'autre réponse comportementale pour échapper à la dimension mortifère de telles organisations.

En effet, aucun humain ne peut *vivre* sous la contrainte d'un énoncé paradoxal construit sur le modèle : « Nous seuls avons accès à votre véritable nature ; et ceci, par l'intermédiaire de votre parole qui, pourtant, ne peut être crédible ».

Comme l'ont montré les thérapeutes familiaux (équipe de Palo Alto⁷⁴), ce genre de paradoxe qui rappelle l'énoncé « Je suis crétois et j'affirme que tous les crétois sont des menteurs » crée une situation de double-bind génératrice de comportements schizophrènes.

C'est pourquoi, quand la psychologie se propose de décrire la véritable nature de l'humain, elle se présente, en fait, comme une organisation armée d'un discours dont l'ambition est de classer, catégoriser, diagnostiquer et traiter tous les comportements individuels. Aucun comportement singulier n'est censé, à la limite, échapper à l'ordre énoncé.

Quand on est soumis aux effets d'un tel discours, la seule réponse comportementale, pour rester vivant, consiste soit à

⁷³ Nathan. T. Sexualité idéologique et névrose. Grenoble. La Pensée Sauvage. 1977.

⁷⁴ Watzlawick, P. Weakland, J. Fish, R. Changements, paradoxes en psychothérapie. Le Seuil. 1975.

adopter une attitude schizophrénique, soit à **résister** à cette entreprise d'assignation à résidence comportementale en maintenant un comportement subversif ⁷⁵.

Ainsi, les transsexuels, qui refusent d'adhérer complètement à tout énoncé qui prétendrait les décrire, se trouvent obligés, pour demeurer *vivants*, de cultiver une attitude typiquement *récalcitrante* (notamment par des stratégies de leurre).

Même si elles se sont affiliées aux grilles de lecture de la psychologie pour reconstruire de façon cohérente leur histoire, même si, stratégiquement, elles affirment qu'elles présentent *un syndrome de Benjamin* ⁷⁶, même si elles prétendent être devenues *socialement ordinaires*, les personnes réassignées restent une énigme pour tous les groupes professionnels qui tentent de les définir. Elles révèlent le point aveugle d'un certain discours psychologique construit sur une logique tautologique. Or, aucun discours sur la nature humaine ne peut prétendre en définir l'ordre sans en pétrifier la partie vivante.

Stratégiquement, les transsexuels utilisent, en fait, les différents discours tenus à leur égard pour les détourner de leur but initial et obtenir la seule chose qui les intéresse vraiment : la fabrication d'un nouvel être par la médecine.

Cette récalcitrance à toute entreprise de définition de leur nature est particulièrement visible, depuis une dizaine d'années, par l'émergence du mouvement des transgenres ou celui des Queer.

A la différence des transsexuels qui, stratégiquement, ont choisi de ne pas dénoncer de manière frontale les effets de la structuration de la société en deux genres, les transgenres et les Queer interrogent directement les fondements même du système culturel ⁷⁷.

⁷⁵ Subversion : etym : Bouleversement de l'ordre établi.

⁷⁶ Ce qui leur permet d'obtenir une prise en charge d'une grande partie des soins.

⁷⁷ Les transsexuels revendiquent leur appartenance à l'autre genre que celui de leur naissance alors que les transgenres affirment qu'il n'y a qu'un seul genre : le genre humain. Le mouvement Queer remet en cause, frontalement et ouvertement, l'idéologie découlant de l'usage social de la notion de genre.

Face à la menace que porte en elle l'existence même des personnes transsexuelles, la psychiatrie, qui s'est enfermée dans son rôle de prise en charge et de contrôle des fous, des anormaux et des délinquants⁷⁸, a répondu en faisant tout pour contenir les risques de subversion⁷⁹ que transportent ces populations au comportement déviant⁷⁹ : les inscrire dans une catégorie psychopathologique, les obliger à se penser comme des personnes malades.

Or, pour que cette opération de catégorisation demeure durablement crédible, la psychiatrie doit sans cesse adapter les critères de définition des troubles en tenant de plus en plus compte de l'existence active des représentants des groupes qu'elle a ainsi créés. Ainsi, on constate que, dans les classifications du DSM, la description du trouble transsexuel en terme de pathologie intra-psychique s'efface peu à peu au détriment d'une définition des caractéristiques d'une nouvelle population sociale.

A la différence de la psychiatrie ou de la psychologie, la médecine entretient des rapports essentiellement techniques et non idéologiques avec les transsexuels. Il n'est plus question ici de parole, de pensée ou de croyance mais d'actes réussis ou non.

La chirurgie plastique et les substances que constituent les produits hormonaux sont les éléments centraux de la relation entre les médecins et les transsexuels.

Les chirurgiens-techniciens jouent un rôle quasiment démiurgique dans le processus de transformation : comme de véritables Frankenstein⁸⁰, ils jouent le rôle de créateurs d'une nouvelle personne *vivante* à partir d'un individu se considérant comme complètement dévitalisé.

Les endocrinologues, quant à eux, occupent la fonction de médiateurs entre la personne transsexuelle et ces étranges d'objets que sont les hormones. Véritables passeurs entre les humains et ces substances chimiques, les endocrinologues

⁷⁸ Foucault. M. Les anormaux. Opus cité. p.298.

⁷⁹ Il suffit de penser au risque du retour des *êtres*, des divinités, des démons, dont les "fous" se font si souvent les porte-paroles au travers de l'expression de ce que l'on nomme aujourd'hui des épisodes délirants... La question se pose pour les personnes transsexuelles : si elles n'étaient pas soumises à des procédures de contrôle aussi intensifs de la part de la psychiatrie, qui sait si les personnes transsexuelles ne deviendraient pas des porte-paroles d'étranges êtres invisibles ?

⁸⁰ Shelley, M. Frankenstein. Ed. Heinemann. 1992.

initient les candidats transsexuels à ces objets actifs grâce auxquels la personne transsexuelle va pouvoir éprouver enfin dans son corps son être redevenir vivant.

Tentative d'identification de ce nouvel être qui se manifeste sous le nom de transsexuel, transgender ou Queer.

Au cours de la transformation transsexuelle, la nouvelle personne qui apparaît semble avoir acquis, par la traversée du parcours, différentes propriétés, notamment :

- une capacité à devenir expert dans des domaines aussi variés que la psychologie, la médecine, le travail de la voix, l'esthétique, ...
- une faculté de détecter les intentions de ses interlocuteurs et une agilité à manier le leurre pour obtenir ce dont elle a besoin afin de ne jamais être enfermée dans une définition totalisante de sa personne.
- une mobilité vis à vis des groupes qu'elle peut traverser sans s'y installer durablement. - une faculté d'interroger la cohérence de ces groupes comme elle le peut le faire vis à vis des groupes professionnels tels que la psychiatrie, la psychanalyse ou la médecine.
- une capacité à renforcer les affiliations des personnes vis à vis de leurs groupes. Ainsi, face à une personne transsexuelle, le psychiatre, le psychanalyste ou le médecin se trouve contraint de ré-interroger les théories de sa communauté professionnelle et les raisons mêmes de son affiliation. Le psychiatre dira ainsi qu'il délivre le certificat parce qu'il est lié au serment d'Hippocrate ; le médecin, qu'il opère au nom de la technologie médicale ; le psychanalyste, qu'il est opposé à la transformation au nom du respect du « sujet ».

Parallèlement à ces propriétés acquises au cours du parcours de transformation, par la rencontre et la confrontation avec les différents réseaux professionnels, les candidats transsexuels se trouvent profondément modifiés par leur rencontre avec les substances hormonales.

Selon les personnes réassignées, la prise de substances hormonales est vécue comme le véhicule essentiel pour passer d'un monde à un autre.

Au début du parcours, disent les transsexuels MtF, la substance a pour effet de stopper les érections vécues auparavant comme gênantes et incongrues. Elle a donc une action de clarification : *je veux être une femme et je n'ai plus de signe physiologique du masculin.*

Par la suite, les transsexuels soulignent la nouveauté des sensations induites par les hormones : le corps se transforme, des cheveux à la texture de la peau, de la sensibilité de la poitrine à la modification des tissus gras. La personne n'est plus un individu qui se maquille, se travestit mais quelqu'un de profondément transformé par la substance. A partir de ce moment, la personne est vraiment transsexuelle et ne peut plus être mélangée aux travestis. Comme les psychotiques, sous l'action des neuroleptiques, se reconnaissent entre eux en étant neuroleptisés⁸¹, les transsexuels hormonés sont devenus la substance elle-même et savent ainsi s'identifier entre eux.

Cependant, pour que l'hormone agisse de la sorte, produise les effets espérés, la personne transsexuelle doit respecter certaines conditions dans sa rencontre avec la substance.

En effet, comme c'est le cas dans toute affiliation à des substances actives, si la rencontre ne concerne que la personne et la substance, il y a de grands risques pour que les effets obtenus se trouvent modifiés, voire inversés.

La prise de drogues dans des conditions sauvages et sans initiation⁸² en est un exemple.

En revanche, pour que la substance se sacralise et que la personne devienne, en quelque sorte, la substance elle-même, une rencontre à deux, entre l'humain et le produit actif, ne peut suffire.

Si nous prenons, ainsi, l'exemple de la rencontre entre le prêtre et la substance à laquelle il est affilié : le vin, susceptible de devenir le « sang du christ », la sacralisation de la substance ne peut avoir lieu que si - et seulement si - le prêtre, le vin et l'autel se trouvent réunis.

Au regard de cet exemple, qui sait si le cabinet médical ne fait pas office *d'autel* pour les transsexuels et si l'être qui semble réclamer si fort son installation dans le monde des humains (l'insistance avec laquelle il pousse les candidats transsexuels à

⁸¹ Estroff. S. Le labyrinthe de la folie. EPR 1998. opus cite.

⁸² Grandsard, C ; Nathan, T. La toxicomanie : un réseau ultra-court. 1998. Site web : [www. ethnopsychiatrie.net](http://www.ethnopsychiatrie.net).

la métamorphose en serait la preuve) n'est pas un représentant de la famille de tous ces êtres fabriqués au cœur des laboratoires pharmaceutiques et dans les salles d'opérations chirurgicales ?

Qui peut affirmer que ce n'est pas, en fin de compte, pour empêcher à tout prix que ne s'accomplisse une véritable métamorphose⁸³ que les psy se mobilisent aussi vivement ?

Les "psy" ne cessent de l'affirmer : il faut lutter contre le risque qu'il y aurait de laisser le parcours de transformation transsexuelle se réaliser de concert entre les candidats transsexuels et les médecins.

Les "psy" ont sans doute pressenti qu'un tel agencement, une telle métamorphose aboutie risquerait fort d'installer un nouvel être dont on peut esquisser quelques unes de ses caractéristiques : un être capable d'habiter le monde sans y être vraiment, de traverser les groupes sans jamais s'y installer, capable de modifier sans cesse son apparence, de troubler les autres humains en faisant *croire*, en *passant*, en n'étant jamais là où on l'attend, ... ; capable probablement de menacer de détrôner – au moins de remettre en cause la légitimité des êtres que la psychanalyse a réussi à installer dans tout le corps social, lequel les honore désormais comme de véritables divinités organisatrices de l'humanité moderne (l'Inconscient, la "différence-des-sexes",...).

Une exploration plus approfondie de l'identification de cet être nous semble constituer une piste intéressante dans la poursuite de notre recherche. Cette direction de travail permettrait d'une part, de mieux saisir la nature des forces (auxquelles ils ne peuvent se soustraire) qui poussent les candidats à la transsexualité à se lancer dans des opérations lourdes et complexes de transformation et d'autre part, d'interroger cette étrange faculté qu'ont ces personnes de modifier leur nature.

⁸³ On ne peut évoquer le terme de métamorphose qu'en référence à un processus de transformation convoquant la rencontre entre des êtres appartenant à des règnes distincts. C'est pourquoi, le parcours de réassignation des transsexuelles ne peut être lu comme une procédure métamorphosique : le candidat transsexuel n'échappe jamais à son inscription dans le monde des humains. Ce n'est qu'à la condition de se redéfinir comme malade – c'est-à-dire toujours un humain, même si c'est en état de faiblesse, qu'il est autorisé à changer de genre. Les transgenres ou les Queer semblent vouloir tenter d'aller plus loin dans l'aventure de métamorphose en refusant le *deal* que leur proposent les représentants institutionnels.

CONCLUSION

Au cours de cette recherche, nous avons tenté de montrer :

- d'une part, que l'ethnopsychiatrie n'est pas simplement réservée à la prise en charge de patients issus d'autres cultures que la nôtre mais qu'elle constitue une démarche méthodologique véritablement intéressante quand nous l'appliquons à des situations auxquelles se trouvent confrontées des populations spécifiques, des minorités émergeant dans le monde occidental *moderne*.

En prenant en compte l'existence des groupes artificiels créés par les professionnels eux-mêmes, l'ethnopsychiatrie permet au psychologue de mobiliser de la pensée et d'initier des actes thérapeutiques sans que ceux-ci ne supposent, pour les personnes concernées, une quelconque nécessité de déliaison de ses véritables affiliations.

- d'autre part, que la psychologie doit accepter de se soumettre à certaines contraintes, notamment l'interdit de produire un discours et des actes qui nécessitent la rupture des attachements des personnes à leurs groupes d'origine, si elle ne veut pas s'enfermer dans un rôle mortifère et anti-démocratique en prétendant définir la véritable nature de l'humain et en refusant de prendre en compte le surgissement d'une parole articulée de la part des collectifs qu'elle a elle-même contribué à créer.

En insistant sur les méthodes d'investigation employées, nous avons voulu souligner qu'avec d'autres postulats de départs que ceux habituellement utilisés en psychologie,

- il était possible d'interroger autrement la transsexualité, sans insulter les personnes concernées, sans avoir besoin de recourir à l'existence d'une organisation psychique pathologique et sans dénier l'existence et le rôle actif des groupes et des réseaux intervenant dans la construction de la transsexualité.

- et qu'alors, des éléments nouveaux apparaissaient :

Ainsi, notamment à la lumière des analyses de Foucault, d'une approche ethnographique et d'une démarche ethnopsychiatrique basée sur la reconnaissance des groupes réels en présence, le parcours transsexuel peut se lire comme une procédure complexe d'affiliation à la psychologie mais aussi et surtout à la médecine.

De ce point de vue, les transsexuels nous enseignent qu'il est possible de se construire directement comme des êtres sociaux.

Quant aux individus réassignés, ceux-ci apparaissent comme des personnes profondément modifiées par le processus de transformation : d'un être *dévitalisé*, émerge peu à peu un être *vivant* que la psychiatrie et la justice tentent à tout prix de *reclasser* et de *stabiliser* dans la catégorie de genre opposée à celle de l'origine bien que ce nouvel être demeure une *énigme* pour tous les groupes professionnels qui tentent, pourtant, de les décrire de manière définitive.

D'autre part, par les questions qu'elles posent et par leur récalcitrance, les personnes transsexuelles sont de véritables analyseurs de la psychiatrie, de la psychologie, de la médecine et de la justice et, plus généralement, de notre monde occidental.

En faisant *bafouiller*⁸⁴ les experts en psychologie, ces personnes nous contraignent, en tant que chercheurs-psychologues, à inventer pour cette discipline de nouvelles modalités de se présenter et d'agir dans le monde social.

Soulignons enfin que ce travail ne peut être qu'une ébauche d'une étude plus approfondie, s'appuyant sur des témoignages plus nombreux (notamment des FtM) et interrogeant plus en profondeur les logiques et les effets d'une telle entreprise de fabrication de nouveaux êtres par le monde occidental.

⁸⁴ Stengers, I. *Politique du savoir, politique des faits*. In. Revue Alice n°2 été 1999.

BIBLIOGRAPHIE

- APULEE. L'âne d'or ou les métamorphoses. Gallimard. Folio. N° 629.
- BALBO, G. et MELMAN, C. (dir.). Le Transsexualisme. In. *Journal Français de Psychiatrie. Clinique, scientifique et psychanalytique*. N°5. 1997.
- BARRETT, R. La traite des fous. *La construction sociale de la schizophrénie*. 1996. Trad. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1998.
- BENJAMIN, H. The Transsexual Phenomenon. New York. Julian Press. 1966.
- BRETON, J. et all. Le Transsexualisme. Etude nosographique et médico-légale. Masson. 1985.
- COLLECTIF. Transsexualisme, Médecine et Droit. *Actes du XXIII^e colloque de droit européen*. Ed. Du Conseil de l'Europe. 1995.
- CHILAND, C. Changer de sexe. Odile Jacob. 1997.
- CZERMAK, M. (dir.). Sur l'identité sexuelle. *A propos du transsexualisme*. Ed. De l'association freudienne internationale. 1996.
- DOUCE, J. La question transsexuelle. Paris. Ed. Lumière et justice. 1986.
- ESTROFF, S. Le labyrinthe de la folie. *Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. 1981. Trad. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1998.
- FAUTRAT, P. De quoi souffrent les transsexuels ? Mémoire de maîtrise en Sciences humaines cliniques, université Paris 7. 1999.
- FOUCAULT, M. Les anormaux. *Cours au Collège de France 1974 - 1975*. Gallimard. Le Seuil. 1999.
- FOUCAULT, M. Dits et écrits. IV. Gallimard.
- FOUCAULT, M. Histoire de la sexualité. *La volonté de savoir (1976); l'Usage des plaisirs. (1984); Le Souci de soi. (1984)*. Gallimard.
- FOUCAULT, M. Les mots et les choses. Gallimard. 1966.
- FOUCAULT, M. Surveiller et Punir. Gallimard. 1975.
- FREUD, S. *La morale sexuelle "civilisée."* In. La vie sexuelle. PUF. 1969.
- GOOD, B. Comment faire de l'anthropologie médicale ? *Médecine, rationalité et vécu*. 1994. Trad. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1998.
- KIRK, S. et KUTCHINS, H. Aimez-vous le DSM ? *Le triomphe de la psychiatrie américaine*. 1992. Trad. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1998.
- KRAFFT-EBING, R. Psychopathia sexualis. Trad. Ed. Payot 1950.
Rééd. Col. Agora. 1999.
- LACAN, J. Ecrits II. 1966. Le Seuil. 1971.

- LATOURE, B. Aramis ou l'amour des techniques. La Découverte. 1992.
- LATOURE, B. La science en action. Gallimard. 1995.
- LATOURE, B. Nous n'avons jamais été modernes. La Découverte. 1997.
- MERCADER, P. Le paradoxe transsexuel. Thèse de doctorat en psychologie. Université Lumière. Lyon 2. 1990.
- MERCADER, P. L'illusion transsexuelle. L'Harmattan. 1994.
- MILLOT, C. "Clés pour le transsexualisme" In : *Hors sexe. Essai sur le transsexualisme*, Paris, Point Hors ligne, 28 – 43. 1983.
- MONEY, J., HAMPSON, J.G., HAMPSON, J.L. "Imprinting and the Establishment of Gender Role". *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, (1957). 333 – 336.
- MONEY, J., BRENNAN, J.G. "Sexual Dimorphism in the Psychology of Femal Transsexuals". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147, 5, (1968). 487 – 499.
- MONEY, J. "Ablatio Penis : Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl", *Archives of Sexual Behavior* n°4 -1 :65-71. (1975). Trad. française : "Le transsexualisme et les principes d'une féminologie", in Sullerot, E. (1978). Le fait féminin. Paris. Fayard.223-231.
- NATHAN, T. Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était...Principes d'ethnopsychanalyse. La Pensée Sauvage. Grenoble. 1993.
- NATHAN, T. ; DAGOGNET, F. La mort vue autrement. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1999.
- NATHAN, T. L'influence qui guérit. Odile Jacob. 1994.
- NATHAN, T. *Principes d'ethnopsychiatrie*. In La guerre. Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie. N° 34.
- NATHAN, T. ; GRANDSARD, C. *La toxicomanie : un réseau ultra court*. Site web : etnopsychiatrie.net. 1998.
- NATHAN, T. *Manifeste pour une psychopathologie scientifique*. In. Médecins et Sorciers. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1995.
- NATHAN, T. *Psychothérapies*. Odile Jacob. 1997.
- NATHAN, T. *Sexualité idéologique et névrose*. Grenoble. La Pensée Sauvage. 1977.
- PETITTI, L.E. *Les Transsexuels*. PUF. 1992. Col. Que sais-je ? n° 2677.
- PERETTI, M.L. *Le Transsexuel, un corps en souffrance*. In. Le Journal des Psychologues. Mai 1999. N° 167.
- PIGNARRE, P. *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*. PUF. 1999.
- POUILLON, J. *Malade et médecin : le même et/ou l'autre. remarques ethnologiques*. In Nouvelle Revue de Psychanalyse.1. 76-98. 1970.
- SALAS, D. *Sujet de chair et sujet de droit. La justice face au transsexualisme*. PUF. 1994.

SIRONI, F. *L'universalité est-elle une torture ?* In. La guerre. Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie. N° 34.

STENGERS, I. Cosmopolitiques. Tome 1: *La guerre des sciences*. et Tome 7: *Pour en finir avec la tolérance*. La Découverte/ Les Empêcheurs de Penser en Rond. 1997.

STENGERS, I. *Politiques du savoir, politique des faits*. In. Revue Alice. N°2. Été 1999.

STENGERS, I. Sciences et pouvoir. La Découverte. 1997.

STOLLER, R.J. Sex and Gender. New York Science House. 1968.

Trad. Novodorski, N. Recherches sur l'identité sexuelle. Gallimard. 1978.

STOLLER, R.J. Presentations of Gender. New Haven and London, Yale University Press. (1985). Trad. Fr. : Noizet, Y. ; Chiland, C. (1989). Masculin ou Féminin? Paris, PUF.

VALLEE, R. Le fantasme d'androgynie. *Une tentative de réalisation d'un mythe*. Mémoire de psychiatrie. Université de médecine Kremlin-Bicêtre. 1988.

WATZLAWICK, P. ; Weakland, J. ; Fish, R. Changements. Paradoxes en psychothérapie. Le Seuil. 1975.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION et ORIENTATION | 4 |
| <i>Le thème et le cadre de recherche.</i> | 5 |
| La mise en place d'un groupe de recherche sur la transsexualité au Centre Georges Devereux. | 5 |
| La question de départ de cette recherche. | 6 |
| <i>Etat des lieux des recherches sur la question.</i> | 9 |
| La construction de la transsexualité moderne : quelques repères historiques. | 9 |
| La situation au début du siècle. | 10 |
| L'offre de changement de sexe. | 13 |
| L'invention du syndrome de l'identité de genre. | 13 |
| Le rôle des associations de transsexuels. | 16 |
| L'évolution particulière en France. | 17 |
| L'approche psychologique de la question. Etat des lieux de la littérature. | 20 |
| Les différentes approches psychologiques de la question transsexuelle. | 20 |
| Analyse critique de la littérature psychologique en France. | 27 |
| CHOIX METHODOLOGIQUES | 32 |
| <i>Constats de départ et choix méthodologiques.</i> | 33 |
| Constats de départ. | 33 |
| Des constats aux choix méthodologiques. | 35 |
| Résumé des constats de départ. | 35 |
| Choix méthodologiques. | 36 |
| <i>La construction du dispositif de recherche.</i> | 37 |
| La recherche en sciences humaines : le problème des faits et des interprétations. | 37 |
| Le danger de vouloir produire un savoir sur la nature humaine. | 37 |
| La nécessité de doter le dispositif de certaines contraintes. | 38 |
| Affiliation de la recherche à des courants d'analyse. | 40 |
| L'analyse ethnographique. | 40 |
| L'étude de la genèse et de l'évolution des catégories. | 41 |
| L'apport de l'anthropologie médicale et de l'approche constructiviste. | 43 |
| L'approche ethnopsychiatrique. | 45 |
| La construction du dispositif de recherche. | 49 |
| INVESTIGATIONS CLINIQUES et RECUEIL DES DONNEES. | 51 |
| <i>Présentation du travail de terrain.</i> | 52 |
| Les conditions de recueil de données. | 52 |
| Etat des lieux des études catamnétiques. | 53 |
| La construction d'un cadre de rencontres. | 55 |
| <i>Analyse des entretiens.</i> | 58 |
| Méthode d'analyse. | 58 |
| Le statut des données recueillies en entretien. | 58 |
| Analyse thématique. | 59 |
| Le fil conducteur des différents récits. | 60 |
| premier récit : Sylvie. | 60 |
| Second récit : Francine. | 61 |
| Troisième récit : Ariane. | 61 |
| Regroupement thématique. | 62 |
| La spécificité de la famille, de l'enfance et de l'adolescence. | 63 |

| | |
|---|------------|
| Des questions qui « tournent » à l'intérieur et des comportements, à l'extérieur, qu'il faut cacher... | 68 |
| Comment sortir de l'ambiguïté. | 69 |
| Premier événement ou les prémisses du parcours. | 73 |
| Second événement : la rencontre avec le psychiatre : Vers l'autorisation d'une nouvelle nomination. | 76 |
| Rupture des anciennes relations. | 88 |
| Le maintien de certains "invariants". | 88 |
| La rencontre avec le monde transsexuel. | 90 |
| De nouvelles pratiques. | 95 |
| Le temps de la double vie. | 99 |
| La transformation du corps. | 103 |
| L'officialisation de la nouvelle identité. | 105 |
| Les nouvelles relations. | 109 |
| Le coût. | 111 |
| Je ne suis pas comme une femme ordinaire. | 113 |
| La vie actuelle. | 115 |
| INTERPRETATIONS. | 118 |
| <i>Limites des interprétations proposées.</i> | 119 |
| <i>Affiliation et subversion.</i> | 120 |
| Les opérateurs de la transformation transsexuelle. | 120 |
| L'aspect visible de la transformation : la modification du corps et de la nomination. | 120 |
| L'aspect caché de la transformation : des opérateurs de modification de la personne. | 122 |
| Le résultat : la fabrication d'un nouvel être. | 128 |
| Caractéristiques du processus de fabrication des nouveaux êtres que sont les personnes réassignées. | 130 |
| Le mécanisme de l'affiliation. | 130 |
| Les intérêts de la médecine. | 132 |
| Les intérêts de la justice. | 133 |
| Les intérêts de la psychiatrie. | 134 |
| La gestion sociale de la dimension de subversion des transsexuels mais aussi des transgenders. | 135 |
| La nécessaire subversion face à l'entreprise de définition de la nature humaine. | 135 |
| Tentative d'identification de ce nouvel être qui se manifeste sous le nom de transsexuel, transgender ou Queer. | 139 |
| CONCLUSION | 142 |
| BIBLIOGRAPHIE | 145 |
| TABLE DES MATIERES | 148 |