HAL
open science

Ethnopsychiatrie, théorie queer et “ transsexualisme ” (syndrome de Benjamin) : pratiques cliniques

Tom Reucher

▶ To cite this version:

Tom Reucher. Ethnopsychiatrie, théorie queer et “ transsexualisme ” (syndrome de Benjamin) : pratiques cliniques. Psychologie. 2002. dumas-00481386

HAL Id: dumas-00481386
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00481386

Submitted on 21 May 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE PARIS 8

Mémoire de DESS
de psychologie clinique et pathologique

ETHNOPSYCHIATRIE, THEORIE QUEER ET "TRANSSEXUALISME" (syndrome de Benjamin): PRATIQUES CLINIQUES

Présentation:
Tom REUCHER - 74014

Sous la direction de:
Françoise SIRONI

Session de juin 2002

Remerciements,

aux personnes sans qui ce travail n'aurait pas été possible:

aux personnes dites "transsexuelles" qui ont fait confiance pendant toutes ces années.

à l'Association du Syndrome de Benjamin et l'Association d'Aide aux Transsexuels,

à Françoise SIRONI pour son soutien efficace et dynamisant,

au groupe de recherche qui me nourrit, Françoise SIRONI, Annick DOLEDEC, Jean-Luc SWERTVAEGHER et ceux qui ont participé à nos consultations,

à Nathalie ZAJDE et Tobie NATHAN qui m'ont accueilli au Centre Georges Devereux,

au Centre Georges Devereux et tous les participants des différents espaces de consultations grâce à qui j'ai beaucoup appris,

à Marie-Hélène BOUCIER et Beatriz PRECIADO pour leurs échanges fructueux,

aux animateurs et techniciens de l'émission "LES ENFANTS DE STONEWALL" sur Radio Libertaire 89.4 FM, dédiée aux gays, lesbiennes, bis et "trans", qui contribuent à diffuser le savoir des personnes concernées et à faire évoluer les mentalités.

ETHNOPSYCHIATRIE,
THEORIE QUEER ET “TRANSSEXUALISME”
(syndrome de Benjamin): PRATIQUES CLINIQUES

« Tu ne peux pas juger ton frère tant que tu n'as pas fait au moins un mile dans ses mocassins. »

(Proverbe indien)

« Tant que les lions n'auront pas leurs propres historiens, les histoires de chasse continueront de glorifier le chasseur. »

(Proverbe africain)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 6

2. PHENOMENOLOGIE DE LA “TRANSSEXUALITE”? 7

2.1. SPECIFICITE DE L'EXPERIENCE “TRANSSEXUELLE” 12

2.2. LES DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS “TRANSSEXUEL” EN FRANCE 17

2.2.1. Phase 1: observation 17

2.2.2. Phase 2: hormonothérapie 17

2.2.3. Phase 3: chirurgie 19

2.2.4. Phase 4: changement d'état-civil 21

2.3. INFORMATIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DES EQUIPES MEDICALES 22

2.3.1. Fonctionnement des équipes médicales avec chirurgien 22

2.3.2. Fonctionnement des équipes médicales sans chirurgien 24

3. QUAND LES “PSYS” SONT EFFRAYES PAR LES “TRANSSEXUELS” 25

4. APPROCHE CRITIQUE DU DIAGNOSTIC DE “TRANSSEXUALISME” 37

4.1. LA VALIDITE DU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE 41

4.1.1. Une erreur de diagnostic 43

4.1.2. Le parcours médical où la métamorphose pour être soi 45

5. QUAND LA SOCIOLOGIE REJOINT L'ETHNOPSYCHIATRIE 46

5.1. LA THEORIE QUEER 46

5.1.1. Notion de performativité et de performance 47

5.1.2. La contra-sexualité 48

5.1.3. L'auto nomination ou la réappropriation de notre identité 49

5.1.4. L'évolution qu'ont apportées les associations 51

5.2. LE COURANT ETHNOPSYCHIATRIQUE 51

5.2.1. Le dispositif ethnopsychiatrie 52

6. PSYCHOTHERAPIE ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES “TRANSSEXUELLES” 53

6.1. LE GROUPE DE RECHERCHE SUR LA “TRANSSEXUALITE” 53

6.2. PSYCHOTHERAPIE ET AIDE A L'AUTODIAGNOSTIC 55

6.2.1. La clinique du groupe de recherche 57

Julien: être “transsexuel” et ne pas faire le parcours 57

La famille S.: calmer la frayeur de la mère et traiter le mort 59

Frédérique: préserver sa famille et aller à son rythme 60

Maryline: garder les groupes d'appartenances 60

Caroline: traitement du traumatisme après la transformation 61

Tania: le “transsexualisme” comme symptôme d'un traumatisme sexuel 61

7. L'INVERSION D'EXPERTISE: CREATION D'UN CENTRE SPECIALISE 63

BIBLIOGRAPHIE 65

GLOSSAIRE 68

MOTS CLES 71

RESUME 72

1. INTRODUCTION

J'ai mis dix ans pour sortir de la honte, dix ans pour accepter d'être pleinement qui je suis, dix ans pour ne plus me considérer comme un malade, un “anormal”. Non, je ne suis ni fou, ni idiot, ni malade, je suis un être humain tout simplement.

Pourquoi me suis-je construit comme un homme, alors que, d'après la connaissance scientifique actuelle, mon sexe était sans ambiguïté celui d'une femme? Même après dix ans de psychothérapie et d'analyse, je ne le sais toujours pas. Aussi loin que je sois remonté, les faits étaient déjà ainsi. J'ai tenté de modifier ce sentiment profond d'être un homme, mais sans succès.

Mon parcours thérapeutique et ma formation universitaire m'ont amené à remettre en cause les pratiques médicales et à comprendre ce qui était efficace et inefficace pour les “transsexuels/les”.

Durant mon parcours thérapeutique, le psychiatre cherchait à trouver l'origine de ma “transsexualité” et la trace d'une psychopathologie afin d'écarter le “diagnostic” de “transsexualisme”. Parallèlement à mon parcours de transformation et en dehors de l'équipe médicale, j'ai eu la chance de rencontrer des psychothérapeutes qui ne se sont pas focalisés sur ma “transsexualité”. Nous avons pu avoir une relation thérapeutique “normale”. Ils ne se sont pas occupés de ma “transsexualité” mais de mes autres problèmes, ceux que je rencontrais dans ma vie quotidienne: mon hyper émotivité, mon anxiété, mes relations avec les autres... Cela m'a permis de comprendre que dans la relation thérapeutique, il fallait traiter les “transsexuels” comme n'importe quel autre patient tout en ayant connaissance de leur particularité et en tenant compte de cette particularité. Plusieurs personnes m'ont confirmé n'avoir pu commencer une psychothérapie qu'après leur parcours de transformation.

Je commencerai par une présentation de la problématique “transsexuelle”, puis nous verrons pourquoi les pratiques psychologiques actuelles ne permettent pas d'aider efficacement les personnes concernées et ce que ces pratiques produisent d'un point de vue psychologique, social et politique. J'exposerai les deux outils que sont l'ethnopsychiatrie et la théorie queer. Enfin je montrerai de quelle façon il est possible d'accompagner les personnes “transsexuelles”, quel est le dispositif le plus adapté à cet accompagnement et ce que produit cette pratique.

2. PHENOMENOLOGIE DE LA "TRANSSEXUALITE"?

Pour commencer une mise au point concernant la terminologie me semble nécessaire. J'emploierai les termes suivants dans le sens précisé:

- SEXE PSYCHOLOGIQUE[1] pour le *sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme*,
- IDENTITE SEXUEE ou IDENTITE DE GENRE pour *féminité et masculinité*[2],
- GENRE pour la *représentation sociale des valeurs féminines et masculines*,
- ATTIRANCE AMOUREUSE ET SEXUELLE pour *orientation sexuelle* (ou *choix d'objet*).

Le SEXE PSYCHOLOGIQUE, c'est à dire le sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme, se structure de façon stable très tôt dans l'enfance chez la très grande majorité des individus. La "transsexualité" n'est ni un désir de changement de sexe, ni d'un choix de vie, c'est une contrainte à la métamorphose, une obligation à être soi.

Aucune psychothérapie, psychanalyse, aucun traitement ne peut changer un sexe psychologique stable. Ces techniques peuvent par ailleurs être utiles pour des problématiques autres qui peuvent aussi cohabiter avec une "transsexualité". Comme les psychothérapies coercitives visant à changer le sexe psychologique des "transsexuels" afin de le faire correspondre au sexe somatique ont échoué, la seule solution restante est de modifier le corps pour qu'il corresponde au psychisme des personnes.

Bien qu'elles aient conscience de leur sexe anatomique, des personnes me disent ne pas savoir si elles se sentent appartenir au groupe de femmes ou au groupe des hommes, ou bien se sentir tantôt femme, tantôt homme. D'autres personnes doutent de leur sexe psychologique parce qu'elles ne se sentent pas en concordance avec les stéréotypes liés aux genres. Elles disent ne pas se sentir assez féminines pour une femme ou pas assez masculines pour un homme, ou elles disent être trop masculines pour une femme ou trop féminines pour un homme. Elles disent aussi se sentir en décalage sur le ressenti de féminité/masculinité par rapport à leur sexe anatomique. Pour elles, ne pas être assez féminine par rapport aux stéréotypes de genres, c'est peut-être ne pas être une femme, ou ne pas être assez masculin par rapport aux stéréotypes de genres, c'est peut-être ne pas être un homme. Parce qu'elles pensent que leur identité de genre ne correspond pas aux stéréotypes de genres, elles doutent

---

1) Terme que j'ai repris de Joseph DOUCE, (1986), *La question transsexuelle*, Paris, Lumière & Justice, 259 p.

2) En 1996, l'une d'entre nous, bien qu'elle n'employait pas exactement ces termes, a attiré mon attention sur la différence entre le sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme et la féminité/masculinité.

de leur sexe psychologique. Cela peut entraîner une souffrance, et dans ce cas il est utile de proposer une aide psychologique. Du fait qu'il y a un manque de liberté et de recul par rapport à ces stéréotypes qui sont des constructions sociales, il faut aider à prendre conscience qu'une femme ou qu'un homme n'a pas besoin de coller aux stéréotypes sociaux pour être une femme ou un homme. La thérapie consiste à démonter une fabrication sociale.

Le GENRE est une représentation sociale des valeurs féminines et masculines attribuées à chacun des deux sexes. Le genre est une construction sociale et il varie avec les époques et les cultures. Le genre est issu d'une organisation hétérocentrée et hétéronormative de la société.

L'IDENTITE SEXUEE ou IDENTITE DE GENRE est la féminité ou/et la masculinité ressentie, le sentiment d'être féminin ou/et masculin. La féminité et la masculinité fluctuent et cohabitent à des degrés variables chez une même personne[3]. En général la femme est plus féminine que masculine et l'homme plus masculin que féminin. Mais une personne peut être une femme masculine sans pour autant douter d'être une femme, de même, une autre personne peut être un homme féminin qui ne doute pas d'être un homme. C'est une chose que d'être un homme féminin, c'est autre chose que d'être un homme qui se sent femme (idem pour une femme masculine et une femme qui se sent homme).

Les transsexuels/les ne changent ni de sexe psychologique ni d'identité de genre. Certains changent de rôle de genre (comportement social) mais pas tous, (cela dépend de l'âge de début de transition). Les transsexuels/les se conforment socialement au sexe auquel ils se sentent appartenir. Même s'ils y réfléchissent, les transsexuels/les ne remettent pas en cause les rôles sexués ni les genres, ce qui n'est pas le cas des transgenres qui ne cherchent pas forcément à être reconnus socialement comme femme ou homme.

Le "transsexuel" est conscient de son sexe de naissance et il ne le nie pas. Il sait qu'il fait partie d'une catégorie sexuelle (femme ou homme). En ce sens, il n'est pas délirant, puisque conscient de la réalité physique (principe de réalité). On peut même dire qu'il reconnaît la différence des sexes et que cette partie Oedipienne lui est acquise. Par contre, son sexe psychologique ne correspond pas à son sexe

---

3) REUCHER T., (2000), *La sexualité des "transsexuels" (syndrome de Benjamin). Approche ethnopsychiatrique*, mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Nathalie ZAJDE, Université de Paris 8, 110 p., et *Annexes*, 129 p., disponibles au Centre Georges Devereux, Université Paris 8. Voir pp. 30-31 et *Dépouillement des tableaux comparatifs, Annexe H*, p. H.5, les tableaux 12, 13 et 14.

anatomique, et c'est là son problème. Il lui est impossible d'expliquer pourquoi. A partir du moment où il constate la nature de son sexe anatomique, il prend conscience de la dichotomie entre son sexe corporel et son sexe psychologique. Ces derniers sont de deux sexes différents, l'un femme, l'autre homme, (ou l'inverse). Chez certains sujets, la prise de conscience de la réalité de leur sexe anatomique n'intervient qu'à la puberté. La mise en route des caractères sexuels secondaires les oblige à voir la réalité. Ces phénomènes se rencontrent aussi chez des non-“transsexuels” qui ne savent pas clairement s'ils sont femme ou homme ou se découvrent femme alors qu'ils se croyaient homme ou l'inverse. Dans ce cas, les choses ne sont pas structurées et peuvent se réaménager.

A propos du principe de plaisir, on ne peut pas dire que pour la personne “transsexuelle” le principe de plaisir est plus important que le principe de réalité. En effet, être “transsexuel” engendre une telle souffrance psychologique que cette affirmation pose problème. Le parcours “transsexuel”, la transformation, vise à soulager cette souffrance en permettant aux personnes concernées de retrouver leur unicité psychisme-corps pour leur permettre d'*être* tout simplement.

L'ATTIRANCE AMOUREUSE ET SEXUELLE correspond à l'hétérosexualité, l'homosexualité, la bisexualité et l'asexualité (sans attirance amoureuse et sexuelle). L'attirance amoureuse et sexuelle peut varier au cours de la vie et que de ce fait les catégories sexuelles ne sont pas figées[4].

Le sexe psychologique, l’identité de genre (ou identité sexuée) et l’attirance amoureuse et sexuelle sont censés se structurer dans cet ordre, mais comme ils sont indépendants les uns des autres, cet ordre n'est pas toujours respecté. Les personnes dont le sexe psychologique n'est pas stable peuvent avoir une attirance amoureuse et sexuelle et vivre des relations avec une ou plusieurs personnes.

Contrairement à maladie dont on connaît l'origine, un SYNDROME est un ensemble de signes et/ou de symptômes qui caractérisent une affection ou un handicap dont l'origine est inconnue. En attendant de savoir si la “transsexualité” est une maladie ou un handicap, c'est une question qui nécessite des soins médicaux de longue durée, (traitement hormonal, accompagnement psychologique, éventuellement chirurgie). Les personnes dites “transsexuelles” ne sont pas malades au sens biologique ou

4) REUCHER T., (2000), *op. cit.*, p. 66.

psychologique[5] du terme, pas plus qu'une femme qui prend une pilule contraceptive ou demande une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), ni qu'un couple qui demande une PMA (Procréation Médicalement Assistée). Mais le traitement hormonal, délivré uniquement sur ordonnance, nécessite un suivi médical. Il en est de même pour une femme qui prend un contraceptif. L'IVG et surtout la PMA nécessitent des interventions complexes et des techniques sophistiquées, tout comme la chirurgie des “transsexuels/les”.

Il me semble préférable de parler de SYNDROME DE BENJAMIN FEMININ (SBF) ou de “transsexuelle” quand il s'agit d'un homme au sexe psychologique de femme, c'est-à-dire de conversion physique d'homme vers femme. Et de parler de SYNDROME DE BENJAMIN MASCULIN (SBM) ou de “transsexuel” quand il s'agit d'une femme au sexe psychologique d'homme, c'est-à-dire de conversion physique de femme vers homme. En faisant ainsi, je ne dénie pas les personnes et je ne les discrédite pas. Je tiens compte de leur nature profonde en ne les décrivant pas par ce qu'elles rejettent: leur sexe de naissance.

Le syndrome de Benjamin (“transsexualité”) est un état transitoire, le temps de la transition d'un sexe à l'autre depuis la prise de conscience jusqu'au changement d'état civil. Cette phase transitoire dure plusieurs années. Pour retrouver leur unicité, (correspondance entre le sexe psychologique et le sexe anatomique), les personnes concernées par le syndrome de Benjamin n'ont pas d'autres solutions que les traitements médicaux, la chirurgie devant rester facultative. De cette façon, la “transsexuelle” devient physiquement une femme, et le “transsexuel” devient physiquement un homme. Seul le physique change, pas le sexe psychologique.

Cette transformation n'est pas parfaite, les traitements médico-chirurgicaux ne font qu'adapter le corps du patient pour lui permettre de vivre “normalement” dans l'autre sexe. Il est évident que ces traitements ne changent pas la formule chromosomique du sujet, qu'ils rendent le patient définitivement stérile, et qu'ils nécessitent une prise d'hormones à vie ou jusqu'à 60 ans. Les personnes concernées par le syndrome de Benjamin considèrent ces traitements, s'ils sont bien faits, comme une réparation[6], non comme une mutilation. Ces traitements, s'ils sont bien faits, améliorent la vie des personnes. Mais le traitement médical ne devient un succès qu'avec le changement

---

5) Ce n'est pas une pathologie psychique, mais la souffrance qu'engendre cette problématique peut générer des états anxieux, dépressifs, voire aboutir à des tentatives de mutilations ou de suicides.

6) D'où l'importance d'une chirurgie réussie. Car quand une personne est devenue plus ou moins handicapée du fait d'une chirurgie ratée, elle ne saurait être satisfaite.

d’état-civil (le changement du sexe et des prénoms sur l’acte de naissance). Sans cela, les personnes dites “transsexuelles” restent sans papier.

A cause de leur aspect physique dit “normal”, les personnes concernées par le syndrome de Benjamin sont niées dans leur existence même et dans ce qu'elles ressentent. A tel point qu'elles arrivent à croire qu'elles déraisonnent. Ainsi, toute leur enfance et une partie de leur vie d'adulte sont gâchées. Puis il leur faut plusieurs années, après avoir essayé de s'adapter, pour qu'elles acceptent leur nature et aient le courage d'effectuer ce parcours. Pour affirmer cela, je m'appuis sur les nombreux entretiens téléphoniques que j'ai avec les personnes concernées lors de mes permanences à l'Association du Syndrome de Benjamin et mon propre parcours médical.

Pour nous, “transsexuels”, c'est une problématique extra psychique. Notre problème est le suivant: notre sexe psychologique n'est pas en accord avec notre sexe anatomique. Nous savons comment y remédier: changer notre corps. Et les moyens techniques pour y arriver existent: les hormones et la chirurgie. Cela fait presque 50 ans que les personnes “transsexuelles” réussissent à transformer leur corps et que, de ce fait, elles sont débarrassées du problème initial. Après, elles n'ont ni plus ni moins de problème psychologique que le reste de la population. Il nous suffit de changer notre corps pour retrouver notre unicité et nous sentir en harmonie avec nous-mêmes. Nous savons ce qu'il nous faut. Pourquoi nous empêche t-on d'y accéder?

La chirurgie permet de réparer des becs de lièvre, des nez, des oreilles, que leurs propriétaires ne supportent pas. Des personnes se font liposucer, rectifier une partie de leur anatomie qu'elles considèrent comme disgracieuse et s'en elle trouvent mieux. Là aussi les moyens techniques existent et les personnes les utilisent parce qu'ils améliorent leur vie. Certes changer de sexe n'est pas anodin. C'est pourquoi il est nécessaire de pouvoir prendre une décision éclairée. Pour cela, il nous faut une bonne information, un accompagnement psychologique et, si nécessaire, une aide à l'autodiagnostic. Il ne faut pas oublier que pour nous, la sexualité n'est pas ce qui est le plus important. Notre objectif est d'être nous-mêmes.

Dans ce mémoire de DESS, afin d'illustrer mes propos, j'utiliserai des témoignages qui proviennent de mon mémoire de maîtrise[7]. J'ai fait passer un questionnaire à deux groupes: groupe 1 (G1) pour les non-SB[8] comme groupe contrôle et groupe 2 (G2)

7) REUCHER T., (2000), op. cit.

8) Personnes non concernées par le syndrome de Benjamin, non-“transsexuels/les”.

pour les SB[9]. Le groupe G1 est constitué de 16 femmes et 6 hommes soit 22 personnes non-SB et le groupe G2 est composé de 15 SBF[10] et 10 SBM[11] soit 25 personnes SB. Les questionnaires sont spécifiés par leur numéro de groupe puis par leur numéro d'ordre dans le groupe (G1-1 à G1-22 et G2-1 à G2-25). Par exemple, le questionnaire 15 du groupe 2 est désigné par G2-15. J'ai également recueilli 4 interviews de 2 SBF et 2 SBM: Anna, Axelle, Yoann et Evrard.

2.1. SPECIFICITE DE L'EXPERIENCE "TRANSSEXUELLE"

Le "transsexualisme" n'est ni un fantasme, ni une sexualité, ni une perversion, ni une maladie mentale. C'est une question d'identité, je dirai même que c'est une question d'Etre. Nous trouvons des traces du "transsexualisme" à toutes les époques, mais depuis 1953, il existe une réponse médicale à cette problématique. En effet, être dans un corps qui ne correspond pas à son sexe psychologique génère une très grande souffrance qui peut entraîner anxiété, dépression, automutilation, suicide.

Des médecins ont rapporté des cas ou ont commencé à comprendre la problématique, et même tenté des traitements chirurgicaux mais sans pour autant sortir du transvestissement[12], ni de l'homosexualité. C'est le cas de Magnus HIRSCHFELD dont l'*Institut de sexologie* à Berlin a été détruit par les nazis en 1933. Magnus HIRSCHFELD est un pionnier dans le traitement des "transsexuels". Il a effectué la première opération en 1912, mais il n'y avait pas encore de traitement hormonal. D'autres opérations ont eu lieu entre cette date et 1933 à l'*Institut de sexologie* de Magnus HIRSCHFELD. Il est mort en 1935 à 67 ans.

En 1949, du fait de sa pratique clinique, Harry BENJAMIN, fait du "transsexualisme" un syndrome à part[13]: « *C'est une entité nosographique qui n'est ni une perversion, ni une homosexualité* ». Le 18 décembre 1953, lors d'un symposium à l'Académie de médecine de New-York, il complète: « *le transsexualisme est le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle* ». Harry BENJAMIN, d'origine allemande, était parfaitement informé du travail de Magnus HIRSCHFELD. Ils correspondaient et se sont

9) Personnes concernées par le syndrome de Benjamin, "transsexuels/les", femmes et hommes confondus.

10) Personnes concernées par le syndrome de Benjamin féminin ou "transsexuelles" ou nouvelles femmes, conversion homme vers femme ou H->F.

11) Personnes concernées par le syndrome de Benjamin masculin ou "transsexuels" ou nouveaux hommes, conversion femme vers homme ou H->F.

12) Transvesti ou travesti selon les auteurs. Pour ces auteurs, les deux termes recouvrent la même réalité.

13) Il en retrace l'historique dans BENJAMIN H., (1969), *Introduction*, in Transsexualism and Sex Reassignment, GREEN Richard et MONEY John Eds, Baltimore, John Hopkins University Press.

rencontrés plusieurs fois au cours de leur carrière. En 1949, lorsqu'il commence à suivre des “transsexuels”, Harry BENJAMIN instaure le traitement hormonal pour ses patients. C'est grâce à ce traitement hormonal que l'aspect physique est réellement modifié, ce qui constitue un véritable progrès. Harry BENJAMIN est mort en 1986 à 101 ans[14].

Dans le syndrome de Benjamin, le sexe psychologique ne se développe pas dans le sens du sexe anatomique, il se développe comme si le sujet était de l'autre sexe. Pour leur très grande majorité, les individus ne se posent pas la question de savoir s'ils sont homme ou femme. Leur sexe psychologique est en accord avec leur sexe anatomique, ce dernier leur servant de repère. Il n'en est pas de même pour les “transsexuels/les” qui sentent un décalage entre leur sexe psychologique et leur sexe physique. Une “transsexuelle” est une femme dans un corps d'homme. Un “transsexuel” est un homme dans un corps de femme. Les personnes dites “transsexuelles” sont conscientes de leur sexe anatomique, ils ne le nient pas, mais celui-ci ne s'accorde pas avec leur sexe psychologique.

Joseph DOUCÉ, à quelques expressions près, présente la problématique presque de la même façon[15]:

> « *Une distinction claire doit être faite entre un homosexuel, un transsexuel et un travesti. Le grand public fait souvent une confusion (est-elle voulue?).*
>
> *Un homosexuel est une personne sexuellement et affectivement attirée par un membre de son propre sexe. La lesbienne ne cherche pas un mari et un homo ne rêve pas d'une épouse. Mais le problème de l'identité sexuelle «suis-je un homme?» ne lui vient pas à l'esprit, même pas à l'homosexuel passif.*
>
> *Un travesti est une personne qui aime occasionnellement s'habiller dans des vêtements du sexe opposé, souvent de façon assez burlesque, et à condition que l'entourage sache bien qu'il s'agit d'un homme qui s'est déguisé en femme et inversement. Il ne pense pas à une intervention chirurgicale et son travestisme l'aide à s'exciter davantage sexuellement. A vrai dire, il s'agit d'une forme de fétichisme, assez naïve d'ailleurs.*
>
> *La transsexualité, par contre, est avant tout un vrai problème d'identité. Le transsexuel est profondément tourmenté par un décalage intense qu'il ressent entre ses pulsions purement physiques (érections pour les hommes, menstruations pour les femmes) et ses expériences, et son sentiment intime d'appartenir à l'autre sexe mentalement. Le transsexuel pourrait résumer sa situation en disant: «je suis une femme prisonnière dans un corps masculin» ou vice versa. La masse des gens, homosexuels ou hétérosexuels, ne se posent jamais une telle question.* »

---

14) Pour une revue détaillée de la partie historique, consulter les sites internet www.transhistory.org et www.asbfrance.org.

15) DOUCÉ J., (1986), *Quelques observations d'un psychologue praticien*, in La question transsexuelle, Joseph DOUCÉ Eds, Paris, Lumière & Justice, pp. 129-139.

A propos de l'attirance amoureuse et sexuelle, il écrit[16]:

« *Etant donné que la transsexualité est un problème d'identité et que l'homosexualité est à comprendre comme une orientation sexuelle, il va de soi qu'un transsexuel peut être aussi bien attiré par une personne du même sexe que par une du sexe opposé.* »

Concernant le diagnostic de psychiatrie, Joseph DOUCÉ écrit[17]:

« *La psychiatrie classique a considéré la transsexualité comme un désordre mental, voire même une psychose: le délire.*

S'il est vrai que des doutes sur l'identité sexuelle peuvent être un symptôme de schizophrénie, d'une structure de personnalité psychotique, il n'est pas moins vrai que la transsexualité est un syndrome à part en soi. »

La classification française, qui date de 1968, n'intègre pas le "transsexualisme". Elle est toujours en vigueur. Elle est différente de la classification européenne (CIM-10 de l'OMS) et de la classification internationale (DSM IV d'origine états-unienne[18]). Voici ce que Jacques BRETON écrit à ce sujet[19]:

« *Le transsexualisme est une affection mentale rare qui consiste, chez un sujet normalement constitué, en la conviction d'appartenir au sexe opposé. Cette conviction, véritable idée prévalente est précoce, permanente et inébranlable. Elle se traduit dès l'enfance par des comportements du sexe opposé (jeux, manières, goûts, tendances...). La prise de conscience de ne pas être une fille (ou un garçon) comme les autres a lieu à la puberté ou un peu avant. Par la suite, la conviction transsexuelle se manifeste par le travestissement, la demande impérieuse des traitements hormonaux et chirurgicaux propres à donner au corps l'apparence du sexe revendiqué et par la demande du changement d'état-civil. Les preuves anatomiques les plus évidentes du sexe biologique (appareil génital externe chez l'homme, seins chez la femme) sont l'objet de répulsion.*

Le transsexualisme n'est pas curable par les thérapeutiques psychiatriques actuellement disponibles. La satisfaction de la demande de traitement hormonal et chirurgical et du changement d'état-civil paraît le plus souvent améliorer l'état du patient et éviter ou faire disparaître les complications: dépression, anxiété, désadaptation socio-professionnelle et affective, voire tentatives de suicide et d'auto-castration.

---

16) DOUCÉ J., (1986), op. cit., p. 133.

17) DOUCÉ J., (1986), op. cit., p. 131.

18) Etats-Unis d'Amérique. L'Amérique étant un continent, tous les autres pays et habitants de ce continent peuvent aussi être appelés "américains". C'est un excès de langage que d'utiliser ce terme pour les USA.

19) BRETON J., et coll., (1985), *Le transsexualisme: étude nosographique et médico-légale*, (Rapport de médecine légale, congrès de psychiatrie et de neurologie, Besançon 1985), Paris, Masson, 205 p, p. 33-37.

Le transsexualisme est dû à une perturbation de la phase psychique de la différenciation sexuelle dont on ne connaît pas la cause.

[...]

Le transsexualisme est longuement défini par le D.S.M. III (Cf. chapitre III); mais il ne figure pas dans la Classification française des troubles mentaux élaborée (en 1968) sous l'égide de L'I.N.S.E.R.M. «par le Dr SADOUN, avec le concours d'une Commission Consultative spécialisée présidée par le Pr KAMMERER». R. SADOUN a bien voulu nous confirmer, en le déplorant, qu'il faut classer le transsexualisme comme une perversion sexuelle en 11-2. »

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le "transsexualisme" comme suit[20]:

« *F64 TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE*

F64.0 TRANSSEXUALISME

A. *Désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement du souhait de transformer son corps pour le rendre aussi conforme que possible au sexe préféré, et ce grâce à la chirurgie ou à un traitement hormonal.*

B. *L'identité de type transsexuel est présente, de manière persistante depuis au moins deux ans.*

C. *Le trouble n'est ni un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie ni associé à une anomalie chromosomique.* »

L'OMS précise[21]:

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

L'American Psychiatric Association (APA) définissait[22] le "transsexualisme" dans les:

« *TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE.*

[...]

302.50 Transsexualisme

---

20) OMS, (1993a), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostic pour la recherche, Genève, Paris, Masson, pp. 192-199.

21) OMS, (1993b), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions clinique et directives pour le diagnostic, Genève, Paris, Masson, pp. 123.

22) American Psychiatric Association, (1984), *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IIIR, Critères diagnostic, (Washington DC, 1984), trad. fr.: Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp. 74-77.

A. *Sentiment persistant d'inconfort et d'inadéquation par rapport à son sexe désigné.*

B. *Désir persistant, pendant au moins deux ans, de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires.*

C. *Le sujet a atteint l'âge de la puberté.*

Spécifier *la tendance sexuelle antérieure:* ***asexuelle***, ***homosexuelle***, ***hétérosexuelle***, *ou* ***non spécifiée***. »

L'American Psychiatric Association a fait évolué sa définition[23] toujours classée dans:

« *F64.x [302.xx] TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE.*

A. *Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concerne pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe).*

[...]

Chez les adolescents et les adultes, la perturbation se manifeste par des symptômes tels que l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe, l'adoption fréquente des conduites où on se fait passer pour l'autre sexe, un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe, ou la conviction qu'il (ou elle) possède les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe.

B. *Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante.*

[...]

Chez les adolescents et les adultes, l'affection se manifeste par des symptômes tels que: vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires (p. ex. demande de traitement hormonal, demande d'intervention chirurgicale ou d'autres procédés afin de ressembler à l'autre sexe par une modification des caractères sexuels apparents), ou penser que son sexe de naissance n'est pas le bon.

C. *L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite.*

D. *L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.*

[...]

Spécifier (pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle):

Attiré sexuellement par des hommes

Attiré sexuellement par des femmes

---

23) American Psychiatric Association, (1994), *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IV, Critères diagnostic, (Washington DC, 1994), trad. fr.: Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp. 250-252.

Attiré sexuellement par les deux sexes

Attiré sexuellement ni par un sexe, ni par l'autre. »

2.2. LES DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS “TRANSSEXUEL” EN FRANCE

L'ensemble de la transition dure au minimum cinq ans, mais plus souvent il dure sept ans, dix ans, voire plus[24]. Il comporte quatre phases: observation, hormonothérapie, chirurgie et changement d'état-civil. J'en fais ici une synthèse.

2.2.1. Phase 1: observation

Le candidat à la chirurgie de redétermination sexuelle entre en contact avec une équipe médicale spécialisée. La façon dont il entre en contact avec cette équipe médicale est déjà un parcours en lui-même: savoir qu'il existe une équipe médicale, la trouver... Cela peut se faire par l'intermédiaire d'un médecin, d'un travailleur social, d'un article de presse, d'une association, d'une connaissance (ami, famille), etc. Les informations obtenues peuvent être fausses. Parfois, il faut “essayer” plusieurs psychiatres pour trouver la bonne équipe. Pour la même personne, un psychiatre peut accepter la prise en charge du traitement hormono-chirurgical alors qu'un autre peut refuser.

Le parcours commence par un suivi psychiatrique dont la durée dépend du type d'équipe médicale et de leur protocole. Le candidat doit convaincre le psychiatre que son état sera amélioré par le traitement. C'est la période où on lui demande d'essayer de faire une psychothérapie. Il peut faire un test de vie réelle en tentant de vivre le plus complètement possible dans l'autre sexe, mais, pour la plupart, les psychiatres français ne l'exigent pas.

2.2.2. Phase 2: hormonothérapie

Quand la prise en charge du traitement hormonal est accordée, le candidat commence (ou poursuit) l'hormonothérapie.

- Les personnes concernées par le syndrome de Benjamin féminin (H->F) prennent un anti androgène pour faire baisser de façon importante la production de

24) Cette durée correspond au suivi par une équipe médicale avec chirurgien. Dans une équipe médicale sans chirurgien, la durée peut être ramenée à 2-3 ans.

testostérone et annuler ses effets visibles (le plus souvent arrêt des érections et de la chute des cheveux, baisse de la pilosité). L'absence des érections est toujours bien vécue par les nouvelles femmes, elles en sont soulagées. Ce n'est pas le cas des personnes qui ne sont pas “transsexuelles”. Parfois, ce traitement est mal supporté à cause de ses effets secondaires (prise de poids importante, maux de tête). Ce produit permet souvent de confirmer le diagnostic. Après trois à six mois, ce traitement est accompagné d'hormones féminines qui développent les caractères sexuels secondaires (développement des seins, grain de la peau plus fin, répartition des graisses et pilosité corporelle féminine, fonte des muscles, repousse des cheveux — si pas trop chauve et depuis pas trop longtemps).

- Les personnes concernées par le syndrome de Benjamin masculin (F->H) prennent un anti oestrogènes qui coupe les règles. Là aussi en dehors de la prise de poids importante, il est soulageant. Mais comme cela n'entraîne pas une androgénisation, la prise de poids se répartit d'une façon féminine, c'est pourquoi ce traitement est souvent mal vécu. Après trois à six mois, l'androgène prend la place de l'anti oestrogène. Les effets sont assez rapides (mue de la voix, grain de la peau plus épais, augmentation du volume musculaire et de la pilosité, répartition masculine de la pilosité et de la graisse, épaississement du cou, chute des cheveux pour certains). L'anti oestrogène est assez peu prescrit en France, le traitement hormonal étant directement débuté par l'androgène. En commençant directement la testostérone, cela évite, pour la plupart des personnes, la prise de poids, (dans les fesses, les cuisses et les hanches), qui s'efface difficilement. Par ailleurs les anti oestrogènes comportent des risques rares mais important comme la cécité[25].

Une transformation corporelle de même nature que la puberté en découle. Les effets atteignent leur plénitude après cinq ans de traitement hormonal. L'épilation (électrique) de la barbe et la rééducation vocale des “transsexuelles” nécessitent deux années. Dans l'idéal et parallèlement au traitement hormonal, l'épilation et la rééducation vocale devraient être systématiquement prises en charge. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas.

Cette période est la plus fragilisante socialement, mais aussi la plus dynamisante psychologiquement. Les personnes dites “transsexuelles” qui avaient un emploi le perdent souvent durant cette période. Elles voient avec plaisir leur corps changer et devenir plus conforme à leur sexe psychologique.

---

25) Orgamétril: cécité, Décapeptyl: troubles neurologiques, in le Dictionnaire Vidal, (1992), Paris, Edition du Vidal, 68è édition, réédité tous les ans. La bible des médecins.

Généralement, les hormones augmentent le désir sexuel, encore plus pour les “transsexuels” (syndrome Benjamin masculin). Cela est surtout ressenti dans le traitement par injection intra musculaire de type retard pour trois semaines. Seuls les patches féminins sont disponibles en France. Les traitements existent aussi en comprimés mais ils doivent être dégradés par le foie qu'ils sont susceptibles de trop solliciter à long terme.

2.2.3. Phase 3: chirurgie

Certaines personnes ne souhaitent pas cette étape. Elle ne doit ni être imposée ni conditionner la prise en charge des patients. La chirurgie est l'étape la plus délicate. Des résultats de l'opération vont dépendre le confort de vie et la vie sexuelle de la personne. Les complications sont fréquentes en France. Plusieurs interventions sont nécessaires, là où ailleurs en Europe une seule suffit. Les résultats esthétiques, sensitifs et fonctionnels sont assez peu satisfaisants en général. Chez les “transsexuelles”, on enlève les testicules et la verge. On utilise la peau de la verge que l'on retourne pour créer le néo-vagin, la peau des bourses pour sculpter les petites et grandes lèvres et un petit bout du gland pour créer le néo-clitoris. Ce clitoris greffé à sa nouvelle position reste connecté aux nerfs sexuels qui n'ont pas été coupés mais isolés. La sensibilité reste donc totale. L'urètre est abouché à son nouvel emplacement. Du fait du traitement hormonal, la taille de la prostate s'est réduite, ce qui fait qu'elle ne gêne pas. Elle est conservée car il est difficile et problématique de l'enlever à cause des risques importants de lésions de la vessie.

Chez les “transsexuels” on enlève les seins, les ovaires, les trompes, l'utérus et parfois le vagin. Ce dernier est souvent conservé pour les mêmes raisons que la prostate. Quand une phalloplastie est réalisée avec une plastie des bourses, le vagin est enlevé.

Il existe deux sortes de phalloplasties et une alternative.

- La 1ère, la technique de Harold GILLIES, date de 1948. C'est une technique qui, maintenant, comporte assez peu de risque. Elle est décorative, non sensible sur sa partie greffée, souvent elle ne permet pas d'uriner avec le pénis, elle est seulement décorative. En insérant une prothèse érectile elle permet des rapports sexuels. Une sensibilité érogène peut être préservée au niveau clitoridien qui est à la base de la greffe. Soit le clitoris est laissé à l'extérieur (dessus ou dessous la greffe), soit il est incorporé à l'intérieur du pénis à la base de la greffe. Il est possible que la prothèse érectile soit insérée au voisinage du clitoris et permette le plaisir lors du rapport sexuel.

Le pénis est fait avec la peau du ventre ou de la cuisse. Au moins trois chirurgiens proposent cette technique en France.

- La 2ème, la technique de Paul J. DAVERIO et Richard MEYER, date des années 80. C'est une adaptation du “lambeau chinois” de CHANG qui fabriquait un pénis pour les hommes l'ayant perdu à la guerre ou dans un accident. C'est une technique assez risquée. Il faut être en bonne santé et ne pas fumer. Cette technique est sensible sur les plans érogène et tactile (douleur, chaud/froid). Le pénis est fait avec la peau du bras. Il y a des greffes nerveuses et veineuses (veines et artères). Les complications sont beaucoup plus importantes et fréquentes. Mais quand les soins et la surveillance post opératoire sont de bonne qualité, les risques majeurs sont presque totalement éliminés. Il faut au moins 3 étapes opératoires:
  1 – construction et mise en place du pénis,
  2 – insertion de prothèses testiculaires,
  3 – insertion d'une prothèse érectile.
  Il faut être bien préparé dans sa tête pour cette technique. En cas de complication, il peut être nécessaire de faire une ou plusieurs opérations supplémentaires. neuf personnes sur dix ont des fuites urinaires (fistules) à la base ou le long du pénis. Cela se répare bien, parfois tout seul. Quatre personnes sur dix ont une rétraction du conduit urinaire qui se ferme (sténoses) empêchant l'urine de passer. Aucun chirurgien ne maîtrise cette technique en France. A ma connaissance, deux chirurgiens la pratiquent, avec d'excellents résultats, en Europe.

- L'alternative, le micro pénis, (métoïdioplastie ou clitoris pénoïde), consiste en l'allongement du clitoris qui est remonté à la position normale du pénis. L'urètre peut être prolongé jusqu'au bout du micro pénis (quelques cm). Il y a érection et jouissance naturelle mais la pénétration est rarement possible car le pénis est trop petit. Cette technique est intéressante si le clitoris hypertrophié mesure plusieurs cm. Des prothèses testiculaires peuvent être insérées dans les grandes lèvres transformées en scrotum. L'aspect final est celle d'un homme avec un micro pénis. Il est toujours possible d'évoluer vers une phalloplastie par la suite. Il y a peu de risque mais les chirurgiens qui font cette technique sont rares. Il n'y en a pas en France et seulement deux en Europe.

En France et pour les deux sens de conversion (H->F et F->H), les résultats laissent assez souvent à désirer, il y a toujours plus de complications. Certains patients ont eu des rejets de greffes, le nouveau vagin qui ressort ou se referme, se sclérose, la vessie

détruite, l'anus perforé, d'autres ont dû subir deux phalloplasties ou plusieurs tentatives de rattrapage d'une opération ratée, un a même perdu une jambe...

Le système français actuel, tel qu'il est organisé, ne peut produire des résultats stables et de qualité. Nos voisins européens ont une politique qui le permet. C'est donc une question de politique de santé délibérée.

2.2.4. Phase 4: changement d'état-civil

Cette ultime étape dure de six mois à plus de trois ans. Avocat, expertises (psychiatrique, gynécologique ou urologique et chirurgicale) étaient le lot de tous, sauf rares exceptions. Ces expertises sont un véritable viol physique et psychologique[26]. Ces 3 dernières années, la jurisprudence a considérablement évolué, là encore grâce aux échangent entre les "transsexuels" par l'intermédiaire des associations et d'internet. Il est maintenant possible de changer d'état-civil sans opération et sans expertise dès lors que les personnes fournissent les documents nécessaires et soient présentes au tribunal. Une jurisprudence de plus de 60 pages est disponible à l'Association du Syndrome de Benjamin.

A propos des expertises, Sandra DUAL[27], Présidente de l'Association d'Aide aux Transsexuels, en témoigne dans sa biographie:

> « *Plusieurs membres du bureau de l'association que j'ai l'honneur de présider sont passés en une journée, et en une fournée, avec toutes les allusions nazies que cela comporte, pour une session d'expertise. Tous étaient des gens en fin de parcours, stables, intégrés, c'est-à-dire avec de vrais métiers; tous avaient vaincu, souffert et s'étaient fortifiés.*
>
> *Tous avaient des personnalités d'acier trempé, préalable évident à une telle odyssée. Tous ont été accablés, effondrés, ébranlés par tant d'humiliations. Le passé resurgissait avec la crainte du jugement dernier. Ils ont été déstabilisés pour de nombreux mois, et la haine qu'on a gravée au fer rouge, même si elle sera le moteur de nos luttes futures, les aura blessés à jamais. J'ai oeuvré pour qu'au moins l'un d'eux ne passe pas à l'acte, et je ne parle pas que du suicide...! Tous ceux et celles qui ont été violés sont marqués à jamais: égalité, fraternité, c'est pour la rime!*
>
> *La légitime défense est une circonstance atténuante dans les viols avec sévices, les experts devraient y penser. Et l'épreuve de vie dont on nous a tant parlé? J'offre une de mes nuits au juge qui voudra enfin comprendre, pour témoigner. Témoin à décharge...* »

---

26) Voir *"transsexuel(le)s": communiqué de presse*, reproduit dans L'IDentitaire, n°13, pp. 6-7.

27) DUAL S., (1999), *Rencontre du troisième sexe*, Editions Gérard Blanc, 239 p., pp. 166.

L'obtention du changement d'état-civil est indispensable à une bonne issue de la thérapeutique. Ce n'est qu'après cette étape, grâce à ses nouveaux papiers, que la nouvelle femme ou le nouvel homme (ex-“transsexuel/le”) retrouvera une citoyenneté complète. Travail, logement, et autres nécessités leur deviennent enfin “normalement” accessibles.

2.3. INFORMATIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DES EQUIPES MEDICALES

Il existe deux sortes d'équipes médicales en France, celles avec chirurgien et celles sans chirurgien. Le fonctionnement de la prise en charge a été parfaitement observé par Jean-Luc SWERTVAEGHER[28]. Mais, concernant les équipes médicales avec chirurgien, il a évolué depuis quelques années dans le sens d'une rigidification. Tout traitement hormonal commencé avant l'évaluation doit être interrompu. Ce n'est qu'après l'accord de la prise en charge des soins par l'équipe médicale que le traitement hormonal pourra être repris. Toute personne qui (re)commence un traitement, (hormones, chirurgie esthétique...), sans l'accord de l'équipe médicale, est exclue du protocole. Par ailleurs des équipes médicales sans chirurgien ont vu le jour afin d'aider des patients qu'ils suivaient par ailleurs ou qui ne trouvaient pas de place dans les protocoles des équipes médicales avec chirurgien. Les adresses se sont échangées par l'intermédiaire des associations et d'internet.

2.3.1. Fonctionnement des équipes médicales avec chirurgien

Il faut compter au moins deux ans, (voire le plus souvent 2,5 ou 3 ans ou parfois plus), de suivi psychiatrique sans traitement hormonal ni opération. Durant ce suivi, les personnes passent un bilan psychologique (tests projectifs, échelle de féminité/masculinité, efficience intellectuelle) avec un psychologue clinicien, un bilan (endocrinien, sanguin, hépatique et hormonal) complet chez l'endocrinologue et un bilan chirurgical chez le chirurgien avant toute prise de décision de traitement. Ils considèrent que les “transsexuels”doivent aller jusqu'à la chirurgie.

La décision est collégiale, les trois médecins doivent être d'accord pour que le traitement soit accepté. Leur accord pour le traitement sera donné au patient seulement si le diagnostic est favorable et s'il n'y a pas de contre-indication médicale.

---

28) SWERTVAEGHER J-L., (1999), *Que sont devenues les personnes réassignées. Approche ethnopsychiatrique de la “transsexualité”*, mémoire de DEA de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Tobie NATHAN, Université de Paris 8, 140 p., disponible au Centre Georges Devereux, Paris 8, pp. 74-126.

Actuellement et depuis le début de l'épidémie de Sida, les "transsexuels" séropositifs (sans symptôme du Sida), dont le diagnostic de "transsexualisme" est patent ne sont toujours pas pris en charge.

Les consultations des médecins (psychiatre, endocrinologue, chirurgien), le traitement hormonal et la chirurgie sont entièrement pris en charge par la Sécurité Sociale. L'épilation définitive de la barbe pour les "transsexuelles" reste très mal remboursée et se fait en dehors. Il en est de même pour la voix (rééducation vocale).

Les rendez-vous avec les psychiatres sont variables, de un à six mois. Les consultations durent 30 à 60 minutes. Un soutien psychologique en parallèle hors de l'équipe est souvent nécessaire afin d'avoir un accompagnement durant le parcours.

En général, la chirurgie est de mauvaise qualité esthétique et surtout fonctionnelle pour les deux sexes, c'est-à-dire environ 50% d'échec. Les chirurgiens n'opèrent que les patients de leur équipe médicale. Tout patient provenant d'une autre équipe médicale doit recommencer à zéro le parcours. Par ailleurs, ces équipes empêchent souvent la possibilité de prise en charge de la chirurgie hors de France par la Sécurité Sociale. Certaines des équipes médicales avec chirurgien voient d'un très mauvais oeil les équipes médicales sans chirurgien qu'elles qualifient d'incompétentes. Les équipes médicales se sont auto désignées comme qualifiées, aucune autorité, ni loi ne l'a fait. Elles entendent rester les seules à décider du sort des "transsexuels".

A ce propos, voici ce qu'écrit Rochelle[29]:

> « *Ainsi, Monsieur mon psy, arrêtez de me dire que vous avez réfléchi et que vous savez ce qui est bon pour moi. Je n'ai pas cette prétention à votre égard.*
>
> *Et franchement, arrêtez de jouer au psychanalyste de supermarché, avec vos devinettes de bazar en voulant mener ma vie par les rênes de votre suffisance. Franchement là oui, ça me déprime. Et surtout, surtout, arrêtez de me dire que je ne suis pas normale! Car vous semblez oublier que: "C'est celui qui dit qui y est!"*
>
> *De même lorsque je vous dis que je suis usée que ma vie soit prise en otage par des mégalomanes de haut vol, vous me répondez dans un élan d'énervement: "Je ne suis pas mégalomane!" Vous oubliez un détail d'importance! Comment se fait-il que n'ayant pas été nommé vous vous sentiez autant visé et si blessé?*
>
> *Comme le dit si bien le dicton: "C'est celui qui se sent morveux qui se mouche".* »

29) Rochelle, (2001), *La normalité... l'anormalité. La vie bascule à une apostrophe près!*, in L'IDentitaire, n° 23/24, p. 4, (ASB c/o Relais 59 - 1, rue Hector Malot - 75012 PARIS).

Chacune de ces équipes a un protocole de prise en charge[30] qui est parfois écrit. Le protocole diffère avec les équipes médicales. Ils ont quelques points communs: il faut avoir au moins 23 ans, ne pas être marié et ne pas avoir d'enfant mineur, voire pas d'enfant du tout. Les personnes doivent être hétérosexuelles dans leur nouveau sexe, c'est-à-dire que les “transsexuelles” doivent aimer les hommes et les “transsexuels” doivent aimer les femmes.

Les psychiatres ont vingt ans de retard dans leur conception et compréhension de la question. Ils confondent ou regroupent le sexe psychologique, l'identité sexuée ou identité de genre et l'attirance amoureuse et sexuelle alors qu'ils sont différents et indépendants les uns des autres. De ce fait, leur protocole est rigide et inadapté. Il montre une profonde incompréhension de la question “transsexuelle”. Les patients leur mentent pour obtenir les traitements qu'ils viennent chercher, ils se conforment à l'idée que ces psychiatres ont des “transsexuels”. Leur rigidité est la cause de leur stagnation dans la compréhension.

Seule une minorité de ces personnes a officiellement accès aux soins médicaux en France[31] où la qualité de ces soins est déplorable, surtout en ce qui concerne la chirurgie et la façon dont ces personnes sont traitées sur le plan humain. Par ailleurs, la plupart des “psys”[32] spécialisés témoignent dans leurs divers écrits d'une méconnaissance profonde de la question “transsexuelle” ou d'un retard de 20 ans.

2.3.2. Fonctionnement des équipes médicales sans chirurgien

Un psychiatre fait équipe avec un endocrinologue pour suivre une personne. Avant tout traitement, un bilan sanguin, hépatique et hormonal complet est fait par l'endocrinologue. En bons cliniciens, la plupart des psychiatres n'estiment pas utile le bilan psychologique que prescrivent les équipes avec chirurgien. Sur l'accord du psychiatre, le traitement hormonal peut commencer au bout de 6 à 18 mois. Qu'ils travaillent en public ou en privé, la plupart des médecins exercent au tarif Sécurité Sociale (secteur 1 ou conventionné). Quelques autres médecins travaillent à un tarif supérieur (ils sont en secteur 2 ou conventionnés honoraires libres).

---

30) CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences, in Ann. Méd. Psycol., n° 159, pp. 190-195.

31) L'équipe médicale parisienne avec chirurgien dit avoir traité 200 patients en 20 ans, ce qui fait une moyenne de 10 patients par an! Source: CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), op. cit. Or rien qu'à l'ASB, chaque années, nous avons plusieurs dizaines de demandes d'informations et d'orientations vers des médecins.

32) Les “psys”: psychiatres, psychanalystes, psychologues.

Les psychiatres et quelques rares psychologues cliniciens de ces équipes médicales apprennent de leurs patients et ont fait évoluer leurs théories. Ils ont acquit une certaine souplesse de fonctionnement qui fait leur succès auprès des “transsexuels”. Ils fonctionnent plus dans une aide à l'auto diagnostic. Les consultations psychiatriques sont souvent plus rapprochées (toutes les semaines, tous les quinze jour ou tous les mois). Les consultations durent 10 à 60 minutes. Si ça n'est pas suffisant, les personnes peuvent avoir un soutien psychologique en parallèle avec un autre praticien.

Au bout de deux ans de suivi psychiatrique, une prise en charge de la chirurgie hors de France par la Sécurité Sociale peut être demandée par les deux sexes. Elle peut être accordée quand le dossier est bien monté et respecte les deux ans de suivi. Souvent l'avis d'un second psychiatre (une seule consultation) est demandé afin de savoir si la personne est prête pour l'opération. Là aussi les conditions évoluent rapidement. Les équipes médicales avec chirurgien font pression pour que soit refusée cette prise en charge afin qu'elles gardent le contrôle des “transsexuels”.

A part d'être âgé d'au moins 18 ans, il n'y a pas de condition particulière. Ils acceptent aussi d'aider les personnes qui ne souhaitent pas la chirurgie. Quand ils sont mal à l'aise avec cette idée, certains psychiatres n'acceptent pas les patients mariés ou ayant des enfants mineurs. Contrairement aux équipes médicales avec chirurgien qui ne le disent pas au patients et les font traîner plusieurs années avec des faux espoirs, ces psychiatres le disent aux patients et leur évitent de perdre leurs temps.

3. QUAND LES “PSYS” SONT EFFRAYES PAR LES “TRANSSEXUELS”...

La question “transsexuelle” fait très souvent “effraction” chez les individus. L'effraction est perceptible chez un interlocuteur quand il change d'attitude à l'annonce du problème. Il se recule sur sa chaise, son visage change d'expression, il se ferme ou reste figé, il bégaie ou rit, ses yeux s'arrondissent ou il regarde ailleurs...

Ce qui effracte, c'est l'idée même du changement de sexe, qu'une personne puisse demander une “mutilation”[33]. Car c'est de cela qu'il s'agit pour l'interlocuteur qui, pour comprendre, tente de s'identifier à la personne “transsexuelle”. C'est ce qu'il ne faut surtout pas faire car ce n'est pas de son propre corps qu'il s'agit mais de celui de

33) Ce que certains considèrent comme une mutilation est pour nous une réparation. Pour eux, ce serait évidemment une mutilation puisqu'ils ne sont pas “transsexuels”. Ce n'est pas de leur corps qu'il s'agit mais du notre.

l'autre, et il n'y a pas de menace pour soi. Cela amène également un certain nombre d'interlocuteurs à se (re)poser la question de leur propre identité. Cette question peut les fragiliser et amener un rejet violent et des positions rigides car le risque de "contagion" est trop envahissant.

Par ailleurs, la plupart des auteurs ne perçoivent que partiellement la problématique "transsexuelle", ils n'ont pas une vision de l'intérieur. N'étant pas "transsexuel", ils ne comprennent pas ce que vivent les personnes concernées. Ils s'arrêtent aux apparences. Quand des auteurs sont "effractés", ils ne s'aperçoivent pas que leur vision est déformée par "l'effraction", et qu'il ne s'agit pas de la réalité "transsexuelle".

Anita HOKARD, psychologue clinicienne, en témoigne[34]:

> « *Disons-le tout net, il n'existe pas de rapports à un transsexuel qui aillent de soit. La transsexualité ébranle les repères de notre univers sensé à partir duquel chacun de nous s'est constitué, existe, se définit. C'est dire qu'une telle relation nous menace toujours «quelque part». Le praticien («psy», chirurgien, endocrinologue) n'échappe pas à ces effets. Le problème que le transsexuel lui présente déborde l'individu, envahit la relation et implique le praticien lui-même. Ce phénomène, qui peut se rencontrer ailleurs, joue dans ce cas précis un rôle particulièrement déterminant — dont on parle peu — et qui doit peser lourd au moment de se prononcer sur le traitement à adopter (et notamment sur l'éventualité d'une opération). Outre les phénomènes de transfert, contre-transfert, d'identification, etc., nous pensons surtout à l'angoisse de castration qui se trouve ainsi réactivée chez le praticien. Notre propre expérience nous l'a montré, il semble que nous vivions mieux le phénomène quand le changement souhaité va dans le sens de notre propre sexuation.* ».

Les "psys" pensent trouver l'origine de la "transsexualité" dans la petite enfance des personnes ou qu'il s'agit d'un conflit familial. La plupart des psychanalystes qui théorisent sur la question "transsexuelle" le font de façon réactive et/ou discréditent le patient. Pour illustrer cela, je ne cite qu'un ou quelques exemples par auteur. Certains de leurs propos sont carrément sexistes, homophobes, et "transphobes".

Colette CHILAND donne clairement sa position:

> « *A propos de la THC*[35]*, elle*[36] *continue de penser que c'est une réponse «folle» faite à une demande «folle».* »
>
> « *A un niveau plus profond, j'aurais du mal à considérer comme un homme celui qui ne serait pas — virtuellement — capable de me pénétrer, et je n'ai pas peur de me faire piéger dans ma vie privée*

---

34) HOKARD A., (1980), *La transsexualité, quelle(s) solution(s) pour quel problème?*, in La question transsexuelle, Joseph DOUCÉ Eds, 1986, Paris, Lumière & Justice, pp. 39-44, p. 44.

35) Transformation hormono-chirurgicale.

36) Colette CHILAND, citée par CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), op. cit., p. 191.

par un transsexuel FM parce que le critère de surface en costume d'Adam est parlant. Il n'en va pas de même pour mes collègues hommes en face d'un transsexuel MF...
Mais je me reprends et le paradigme des intersexués *se présente à moi. Je peux avoir devant moi un homme sans verge de par sa naissance, je ne le ressens pas, et bien d'autres avec moi, de la même manière qu'un homme qui s'est fait couper la verge. On le considère plus naturellement comme appartenant à son sexe d'assignation qu'un transsexuel à son sexe de réassignation. Pourquoi?* »[37]

« *On a pu dire qu'il n'y avait pas de transsexualisme vrai ou primaire chez la fille, en raison de l'importance évidente que prend chez elle la composante homosexuelle. Un certain nombre de candidates à la réassignation du sexe n'ont pas été des garçons manqués. Elles ont eu, parfois très tôt dès l'âge de six ans, un émoi sexuel devant des filles. Attirées par des filles, elles ont pensé que ce pourrait être de l'homosexualité pour rejeter aussitôt cette idée. "Etre homosexuelle, c'est ne pas être normale. Je suis normale. Donc, si je suis attirée par des filles, c'est que je suis un garçon." Elles ne souhaitaient pas être dans une situation de symétrie par rapport à la fille qui les attirait, mais la protéger. [...]*
Les filles qui vont devenir des candidates à la réassignation du sexe, on ne les voit probablement pas. »[38]

Patricia MERCADER[39]:

« *Or, il suffit de considérer les transsexuels dans leur sexe biologique, comme tout le monde en somme, sans se convertir à ce que j'ai nommé plus haut leur hérésie, pour voir leur demande sous un tout autre angle et envisager des approches thérapeutiques bien différentes du «changement de sexe» (je pense en particulier à la pensée de Jean-Marc Alby, de Leslie Lothstein, d'Anna Potamianou, de Colette Chiland ou d'Agnès Oppenheimer). Dès qu'on voit le transsexuel dans son histoire de garçon, puis d'homme, et la transsexuelle dans son histoire de fille, puis de femme, il devient possible d'entendre leur demande comme un symptôme, et leur revendication d'un sexe psychique délié de leur anatomie comme une forme de délire. Mais ceci suppose de reconnaître ce que nous partageons avec eux sans en être venus à leur étrange folie, et ceci sans pour autant nous identifier à eux sur un mode adhésif. Mes entretiens avec des hommes et surtout des femmes transsexuels m'ont permis d'expérimenter à quel point ce mouvement par lequel on doit faire varier la distance identificatoire est difficile avec eux. Pendant la première phase de mon travail, par exemple, alors que je rencontrais des femmes en demande de «changement de sexe», et par conséquent d'abord une mastectomie, je me suis aperçue un soir que depuis quelque temps je m'endormais les mains posées sur ma poitrine,*

37) CHILAND C., (1997), *Changer de sexe*, Paris, Odile Jacob, 282 p., p. 80.

38) CHILAND C., (1997), op. cit., p. 96.

39) MERCADER P., (1994), *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan, 297 p., pp. 270-271.

comme pour la protéger. Depuis, je reste curieuse: qu'arrive-t-il de cette sorte aux autres chercheurs, aux médecins, aux juges, à tous ceux qui rencontrent des transsexuels? »

Elle témoigne ici des effets de sa propre effraction par la question “transsexuelle”.

Catherine MILLOT[40]:

« *La crémière chez laquelle vous vous fournissez est peut-être père de famille. Des religieux, des médecins, des infirmiers, des employés, des petits fonctionnaires «changent» de sexe. En Hollande, on s'est efforcé de leur faciliter grandement cette démarche. Quelques entretiens avec un psychologue suffisent pour que s'ouvre à qui veut s'y engager la voie d'un processus de transformation qui se conclut par un changement d'état-civil. Ces hommes devenus femmes peuvent se marier, adopter des enfants, les femmes transformées en hommes font inséminer artificiellement leur épouse et sont des pères tout à fait légitimes de cette progéniture. Il existe déjà en France quelques cas de ce genre, et cela n'est qu'un début. La réforme de la législation concernant les changements de sexe est en cours. La tendance des juristes français est actuellement avant-gardiste: la liberté de disposer de soi-même s'étendant au choix du sexe propre est à l'horizon. Afin de ne pas subordonner le changement d'état-civil à des opérations tout de même mutilantes (beaucoup de transsexuels s'arrêtent en cours de transformation avant l'ablation des organes virils, ou des organes génitaux internes chez la femme), il est question de l'accorder aux transsexuels qui auront conservé leur sexe d'origine. La loi sera bientôt stollerienne: elle fera la distinction entre le sexe (organe) et le genre (identité).* »

« *Si le transsexualisme répond à un rêve, celui de changer de sexe, on voit qu'il fait rêver, voire gamberger les non-transsexuels. Si jusqu'ici la différence des sexes doit beaucoup au symbolique et à ses bipartitions, à l'imaginaire qui fixe les rôles, elle appartient en dernier ressort, pour ce qu'elle représente d'incontournable, au registre du réel, c'est-à-dire qu'elle est de l'ordre de cet irréductible contre quoi on peut bien se cogner sans fin la tête. Le transsexualisme changerait-il à cet égard son statut?*

C'est en tout cas ce dont rêvent les médecins et les juristes qui, par vocation, ont affaire au fantasme d'un pouvoir qui ne connaîtrait pas de limites, pouvoir de mettre en échec la mort — cet autre réel — pouvoir de faire la loi, de légiférer, sans faille et sans reste, la réalité humaine. Le transsexualisme répond au rêve de reculer, voire d'abolir les limites qui marquent la frontière où commence le réel. »[41]

« *Une autre voie est-elle possible? En particulier, d'autres solutions que le changement de sexe ont-elles été expérimentées? Contrairement à la légende, on a bel et bien tenté, avec les transsexuels, et non sans succès, toutes sortes de «psychothérapies» reposant peu ou prou sur la suggestion, de*

40) MILLOT C., (1983), *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*, Paris, Point hors ligne, 141 p., pp. 10-11.

41) MILLOT C., (1983), op. cit., p. 13.

l'hypnose aux thérapies comportementales, en passant par les techniques de conditionnement. Ça marche: les transsexuels sont sensibles à la suggestion. Ils en viennent à remettre en question leur identité transsexuelle, ainsi que leur choix d'objet sexuel, et renoncent, au moins provisoirement[42]*, à une transformation hormonale et chirurgicale.* »[43]

Pour quelques autres comme Pascal FAUTRAT, nous sommes état limite. Par ailleurs, ce dernier conclue à notre psychopathologie sans avoir rencontré un seul d'entre nous[44].

« *Nous pencherons donc pour l'hypothèse borderline, non comme entité "fourre-tout" dans laquelle on classe tout patient qui défie la nosographie classique, mais au sens de Kernberg qui insiste sur la diffusion de l'identité, la prédominance des défenses primitives (notamment du clivage) et le maintien de l'épreuve de réalité chez le sujet.*

Dans les états-limites «le sujet ne se construit pas un symptôme comme dans la névrose, ni un délire comme dans la psychose [...] mais agit le conflit»[45]. *Comment ne pas retrouver ici notre patient transsexuel, dans ce refus de l'appareil psychique de prendre en charge un conflit qui vient alors faire retour dans le réel?*

Nous avons en outre plusieurs fois fait part des troubles narcissiques graves à l'œuvre chez le sujet transsexuel, comme dans d'autres pathologies limites. Ici, la demande de changement de sexe constitue une tentative de suturer cette hémorragie narcissique; elle empêche dans la plupart des cas la décompensation du sujet sur un mode psychotique. »

Le narcissisme peut tout à fait cohabiter avec un syndrome de Benjamin mais l'un n'est pas la cause de l'autre.

« *Cette affection est de nature psychopathologique, c'est entendu. Mais dire cela épuise-t-il la question? Le transsexualisme se résume-t-il à la psychopathologie?* »[46]

Il affirme, mais ne démontre pas la "nature psychopathologique" des personnes dites "transsexuelles".

A noter par ailleurs, l'excellente analyse de Pascal FAUTRAT du chapitre "L'effet transsexuel"[47], dont voici quelques extraits:

« *Marc Darmon fait au même colloque un aveu comparable. Au sujet du petit Gaétan, qui présente un syndrome de transsexualisme, le psychanalyste confie:* «Cet enfant est arrivé il y a à peu près

---

42) C'est moi (T.R.) qui souligne. Quelle efficacité!

43) MILLOT C., (1983), op. cit., p. 138.

44) FAUTRAT P., (2001), *De quoi souffrent les transsexuels?*, (une pensée d'avance), Paris, Editions des archives contemporaines, 142 p., p. 83.

45) LOTHSTEIN L., *Female-to-male transsexualism. Historical, clinical and theoritical issues*, Boston, Routledge & Kegan, 1983, cité par MERCADER P., (1994), *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan, 297 p., pp108-109.

46) FAUTRAT P., (2001), op. cit., pp. 119-120.

47) FAUTRAT P., (2001), op. cit., pp. 105-117.

un an. Quand il m'a rencontré il a compris que je n'avais pas une oreille très complaisante à ce qu'il pouvait m'amener; [...] il a commencé par me faire des Blanche-Neige et des Cendrillons [...] ensuite à me faire des châteaux forts, très défendus»[48]. *Ici aussi, un sentiment de rejet primaire est exprimé, qui porte cette fois sur les désirs transsexuels d'un enfant. L'orateur ne fait malheureusement aucun commentaire sur cet aspect contre-transférentiel important dans l'analyse — d'autant qu'il est repéré par l'enfant, qui se met alors à dessiner des forteresses. Tout se passe, ici aussi, comme s'il y avait une sorte de place pour le rejet dans le travail avec les patients transsexuels.* »[49]

« *Claire Sotty, psychiatre, rapporte une étude de cas d'une patiente, transsexuelle opérée, qu'elle met un point d'honneur à baptiser* «Monsieur» *tout au long de son étude*[50]. *En outre, c'est au masculin qu'elle interpelle la patiente, qui pourtant* «exige que nous le reconnaissions et le nommions femme».

Or voici que le sujet, constate madame Sotty, indignée, ne se laisse pas faire: «J'ose l'appeler Monsieur, il me rétorque en m'appelant Monsieur». *On pourrait penser qu'une telle réaction était prévisible et même légitime face à l'attitude inutilement brutale de la praticienne qui, peut-être, pourrait s'appuyer sur cette expérience pour découvrir une pathologie que, visiblement, elle connaît mal. Mais le blocage est complet:* «D'emblée, il s'installa dans une position de savoir, convaincu d'avoir des choses à nous enseigner», *s'agace le médecin qui tient ferme ses positions et son propre savoir, tentant ainsi de se maintenir à distance d'un délire qu'elle dit ne pas vouloir cautionner.*

Sollicité pour intervenir sur cette patiente qui pose de nombreux problèmes dans le service, Czermak entreprend avec elle un entretien au cours duquel il est fait allusion à sa réassignation: «On vous l'a coupée» *commente le psychanalyste. Immédiatement, et comme on pourrait s'y attendre, la colère de la patiente fuse — nouvelle preuve, selon Sotty, qu'il s'agit bien d'un cas de psychose!*

Il n'est pas ici question de prendre position sur le diagnostic qui est posé sur cette patiente. Mais il faut ici pointer ces pratiques brutales, qui renvoient à la préhistoire de la psychiatrie et semblent faire peu de cas du respect dû à tout patient. »[51]

---

48) DARMON M., (1996), *C'est une dame*, in Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme. Actes des journées du 30 novembre et 1er décembre 1996, CZERMAK M., FRIGNET H. Eds, (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, pp. 339-356, p. 357.

49) FAUTRAT P., (2001), op. cit., p. 107.

50) SOTTY C., (1996), *Monsieur S.*, in Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme. Actes des journées du 30 novembre et 1er décembre 1996, CZERMAK M., FRIGNET H. Eds, (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, pp. 234-245.

51) FAUTRAT P., (2001), op. cit., pp. 108-109.

« *L'acharnement de certains auteurs à vouloir éradiquer un symptôme en se dispensant de l'avis du patient tient parfois plus de l'inquisition que de la clinique, comme s'il fallait faire abjurer le transsexuel à tout prix.* »[52]

Le 21 février 1976, Marcel CZERMAK présente pour avis à Jacques LACAN un patient "transsexuel" qu'il considère comme particulièrement typique[53]. L'entretien est exemplaire des pratiques que doivent affronter les "transsexuels".

« - *Dr Jacques Lacan:*

Parlez-moi un petit peu, comme ça.

Mettez les choses en train si vous voulez; mettez les choses en train vous-même. Dites-moi pourquoi vous êtes ici. Dites-moi l'idée que vous vous faites de tout cela, si ça ne vous ennuie pas.

(M. H. tremble)

- *J. L. : (souriant) C'est tous des médecins, vous savez, ici.*
- *M. H. : Oui.*
- *J. L. : Qu'est-ce que vous avez à raconter?*
- *M. H. : Depuis tout petit, j'ai revêtu des vêtements de fille. Je ne me rappelle pas à quelle date cela remonte, parce que j'étais vraiment tout petit. Je me suis rappelé des événements, c'est qu'étant petit, je caressais les vêtements féminins, principalement les combinaisons, le nylon...*
- *J. L. : Le nylon, vous avez ajouté le nylon, et les vêtements.*
- *M. H. : Surtout les sous-vêtements.*
- *J. L. : Oui.*
- *M. H. : J'ai continué à me travestir en cachette.*
- *J. L. : Donc vous admettez que c'est un travestissement?*
- *M. H. : Oui.*
- *J. L. : Ils devaient bien savoir, vos parents, ils s'en apercevaient quand même.*
- *M. H. : Non, je faisais cela tous les matins et tous les soirs dans la salle de bain, quand mes soeurs se changeaient pour se coucher, je mettais leurs vêtements.*
- *J. L. : A qui?*
- *M. H. : A mes soeurs, les deux plus jeunes soeurs et des fois, dans la journée, je revêtissais des vêtements.*
- *J. L. : Pourquoi vous dites «je revêtissais»? On dit d'habitude «je revêtais».*

---

52) FAUTRAT P., (2001), op. cit., p. 109.

53) LACAN J., (1996), *Entretient avec Michel H.*, in Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme, CZERMAK M., FRIGNET H., 1996a, (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, 582 p., pp. 311-353, extrait: pp. 312-347.

- *M. H. : J'ai un très mauvais français, parce que j'ai toujours été très handicapé à l'école, avec mon problème. Dans mon travail, toujours je pensais à ce problème-là, et ça m'a toujours tout gâché dans ma vie, aussi bien que dans mon travail.*
- *J. L. : Donc, vous reconnaissez que ça vous a tout gâché et vous appelez ça vous-même un travestissement. Donc, cela implique que vous savez très bien que vous êtes un homme.*
- *M. H. : Oui, ça j'en suis très conscient.*
- *J. L. : Et pourquoi, à votre sentiment, pourquoi est-ce que vous aviez ce goût? Est-ce que vous avez un soupçon d'idée?*
- *M. H. : Non, je ne sais pas. Je sais que quand j'ai des vêtements sur le corps, cela me procure le bonheur.*
- *J. L. : C'est à quel titre que ces vêtements vous procurent ce que vous appelez vous-même le bonheur?*
- *M. H. : Ce n'est pas sur le plan sexuel; c'est sur le plan... enfin, moi, j'appelle ça sur le plan du coeur. C'est intérieur, ça me procure...*
- *J. L. : Vous appelez ça...*
- *M. H. : Ça provient du coeur.*
- *J. L. : Peut-être vous pourriez essayer, là, puisque nous sommes ensemble et que je m'intéresse à ce dont il s'agit... ça provient du coeur... c'est cela que vous venez de dire.*
- *M. H. : J'ai déjà tout le caractère d'une femme, aussi bien sur le plan sentimental...*
- *J. L. : Sur le plan...*
- *M. H. : Sentimental.*
- *J. L. : Peut-être vous pouvez m'éclairer ça un peu: sur le plan sentimental.*
- *M. H. : C'est-à-dire que c'est une qualité, j'appelle ça une qualité, je suis doux.*
- *J. L. : Dites...*
- *M. H. : Je suis douce et gentille.*
- *J. L. : Oui, allez...*
- *M. H. : Mais je ne vois pas d'autre qualité, à part ça... surtout la douceur, sur le plan sentimental.*
- *J. L. : Vous avez eu une relation sentimentale?*
- *M. H. : Avec des hommes puis avec des femmes, pour voir quelle est la personne qui me conviendrait le mieux. Et en fin de compte, je n'en ai aucune. Ni l'un ni l'autre ne m'attirent, aussi bien les femmes, parce que je ne peux pas me ressentir homme vis-à-vis d'une femme et puis avec un homme, c'est plus fort que moi, je ne peux pas avoir des rapports avec des hommes; j'ai essayé deux fois, mais...* »[54]

54) LACAN J., (1996), op. cit., pp. 312-314.

« - *M. H.: Le premier, André, je l'ai connu à l'âge de six ans, et Patrick, je l'ai connu à l'âge de treize ans.*

- *J. L. : Vous l'avez connu comment?*
- *M. H. : A l'école.*
- *J. L. : Ecoutez, mon vieux; vous avez quand même de la barbe au menton, vous n'y pouvez rien.*
- *M. H. : Je fais tout pour la cacher.* »[55]

« - *M. H.: Dans Paris, il y en a beaucoup des travestis qui sont sur les trottoirs, parce qu'ils sont obligés de faire comme ça. On me bousculait pour me parler, on me disait: viens, etc... Moi, je ne répondais pas, je passais mon chemin.*

- *J. L. : C'était des gens de quel acabit?*
- *M. H. : Acabit, qu'est-ce que ça veut dire?*
- *J. L. : C'était des gens de quel âge?*
- *M. H. : Vingt-quatre ans, trente ans, c'était des jeunes.*
- *J. L. : Oui, bon. Alors venons à la dite Monique. Ça a duré combien?*
- *M. H. : Ça a duré six mois. On se voyait pour le week-end, parce que moi, je travaillais à la campagne. A week-end, on se voyait; on allait au bal, on s'amusait on essayait de se divertir au maximum.*
- *J. L. : Si je me permets de dire quelque chose, c'est que ce n'était pas un divertissement très divertissant.*
- *M. H. : On allait au bal, on allait se promener. J'avais une moto à cette époque-là. On allait dans les villages plus loin.*
- *J. L. : Ça se passait régulièrement tous les week-end? Et alors, qu'est-ce que vous faisiez le reste du temps?*
- *M. H. : La semaine, je travaillais.*
- *J. L. : Vous travaillez où?*
- *M. H. : A la société G., qui fait des antennes pour la télévision, qu'on met sur les toits.* »[56]

« - *M. H.: Des fois, je m'en irais n'importe où puis je ne reviendrais jamais, pour ne pas poser de ces problèmes-là à mes parents.*

- *J. L. : Comment envisagez-vous d'aller n'importe où?*
- *M. H. : Au Maroc.*
- *J. L. : Au Maroc, ce n'est quand-même pas n'importe où.*
- *M. H. : Non, ce n'est pas n'importe où; c'est dans le but de pouvoir travailler. Travailler, puis pouvoir...*

---

55) LACAN J., (1996), op. cit., p. 315.

56) LACAN J., (1996), op. cit., pp. 318-319.

- *J. L. : Pouvoir quoi?*
- *M. H. : Me faire opérer.*
- *J. L. : C'est cela qui vous oriente vers le Maroc, parce que vous croyez qu'au Maroc on vous opérera?*
- *M. H. : Bien sûr.*
- *J. L. : Comment savez-vous ça?*
- *M. H. : Je l'ai lu sur des bouquins.*
- *J. L. : Vous faire opérer, c'est quoi? C'est essentiellement vous faire couper la queue.*
- *M. H. : Il y a la castration, mais il y a aussi la transformation du corps, les hormones!*
- *J. L. : Les hormones, ça vous parait fixer spécialement votre espoir. C'est la seule chose qui vous soutienne, pour l'instant?*
- *M. H. : Il y a ça, bien sûr et principalement c'est mon visage, parce que je ne peux pas le cacher sous des vêtements. Mon visage... il choque dans la rue n'importe qui le verra...*
- *J. L. : Alors, c'est pour cela que vous allez voir des chirurgiens esthétiques. Qu'est-ce que vous attendez de la transformation de votre visage?*
- *M. H. : La barbe, déjà. Une épilation, c'est une chose majeure. Puis il y a des opérations qui s'effectuent sur le menton, sur le nez. Obligatoirement, cela peut embellir le visage. Je ne dis pas pour cela qu'on a un visage de femme après une opération comme ça, mais il est un peu arrangé.*
- *J. L. : Pauvre vieux, au-revoir.*
  (le patient sort)

- *Dr Lacan: Il est bien accroché.*
  ... au Dr Czermak: dites-moi, alors, qu'est-ce que vous comptez en faire.
- *Dr Czermak: Je suis dans l'embarras. Je suis plutôt embarrassé. C'est bien pourquoi je vous l'ai montré.*
- *Dr L. : Il finira par se faire opérer.*
- *Dr C. : Les chirurgiens de Corentin Celton ont proposé à sa mère de le faire opérer pour quatre millions dans le privé!*
- *Dr L. : C'est le type même du type qui arrive à se faire opérer. Il arrivera sûrement à se faire opérer, il faut s'y attendre. On appelle ça couramment le transsexualisme. Il faut lire la thèse d'Alby sur le transsexualisme.*
- *Mme Suzanne Ginestet-Delbreil: Et après, qu'est-ce qui se passera?*
- *Dr C. : Le devenir ne semble pas très brillant pour un certain nombre d'entre eux.*
- *Dr Alain Didier-Weil: Mais, Monsieur, est-ce qu'il est vraiment impensable d'espérer qu'on puisse l'aider à envisager une opération analytique?*

- *Dr L. : On arrivera à rien. On arrivera à rien. Cela a été fait, ça n'a rien donné. Cela date de la petite enfance. Il est décidé pour cette métamorphose. On ne modifiera rien.*
- *Dr A. D-W. : Cela renvoie à une impuissance pour nous qui est presque aussi insupportable que ce qu'il vit lui-même.*
- *Dr L. : Je n'ai pas vu le moindre élément qui me permette d'en espérer un résultat.* »[57]

De quoi s'agit-il? D'un entretien clinique ou d'un interrogatoire de police! La personne est seule face à un groupe de médecins. Le niveau d'étude de la personne est faible et la relation lors de l'entretien est, de ce fait, déséquilibrée. La communication ne se fait pas sur le même niveau. De plus Jacques LACAN accentue ce déséquilibre par sa façon de procéder. Il emploie des termes crus, «*vous faire couper la queue*»[58], que l'on appellerait "craquées verbales" dans un protocole de Rorschach ou de TAT. Il emploie des termes que ne comprend pas M. H. «*des gens de quel acabit?*»[59]. A la question de M. H., «*Acabit, qu'est-ce que ça veut dire?*», il répond par une autre question «*C'était des gens de quel âge?*». Il émet des commentaires discréditants «*Si je me permets de dire quelque chose, c'est que ce n'était pas un divertissement très divertissant*»[60], «*Pauvre vieux, au-revoir*»[61]. Il emploie un ton familier et change brutalement de sujet «*Ecoutez, mon vieux; vous avez quand même de la barbe au menton, vous n'y pouvez rien*»[62].

M. H. ne nie pas être physiquement un homme, il dit se sentir femme. Comme beaucoup de personnes "transsexuelles", M. H. n'a pas d'autre mot que "travestissement" pour décrire le fait de s'habiller en femme. En 1976, en France, il n'y a pas vraiment de solution de traitement pour les "transsexuels". Les opérations sont pratiquées au Maroc et les personnes doivent les financer. Pour la psychanalyse, le travestissement est une perversion. Pour la psychiatrie c'est une paraphilie, terme qui n'est pas péjoratif et qui permet de faire la distinction avec perversité. Car la perversité est très différente de la perversion. Les paraphilies restent à réétudier avec d'autres méthodes que la psychanalyse et la psychiatrie[63].

Notons que le dialogue des Professionnels entre eux est tout aussi éloquent. Ils reconnaissent leur impuissance et leur frustration. Finalement, c'est le patient démontre

---

57) LACAN J., (1996), op. cit., pp. 345-347.

58) LACAN J., (1996), op. cit., p. 318.

59) LACAN J., (1996), op. cit., p. 346.

60) LACAN J., (1996), op. cit., p. 319.

61) LACAN J., (1996), op. cit., p. 347.

62) LACAN J., (1996), op. cit., p. 315.

63) Des échanges avec une personne paraphiliaque ont attiré mon attention sur le terme de perversion et sur cette problématique finalement assez mal connue.

l'impuissance de la théorie psychanalytique à penser les "transsexuels", «*est-ce qu'il est vraiment impensable d'espérer qu'on puisse l'aider à envisager une opération analytique?*»[64]. Les "transsexuels/les" demandent une *opération chirurgicale* et les "psys" proposent une *opération analytique*. C'est la guerre entre les chirurgiens qui accèdent à la demande des personnes "transsexuelles" et les psychanalystes qui sont mis en échec par les personnes "transsexuelles" qui leur échappent en allant voir les chirurgiens. Ces dernières ne veulent pas de leur opération analytique. Pour Jacques LACAN, il y a une ou plusieurs conditions minimum pour une opération analytique: «*Je n'ai pas vu le moindre élément qui me permette d'en espérer un résultat.*»[65], conditions minimum que, visiblement les personnes "transsexuelles" ne remplissent pas.

Seuls ces experts, psychiatres, psychanalystes, psychologues, sont écoutés et entendus. Ils parlent à notre place. Leurs discours déforment le notre et nous discréditent. C'est de la maltraitance théorique comme le dit Françoise SIRONI, psychologue, maître de conférences et responsable d'une consultation et d'un groupe de recherche enfin non discréditants consacrés aux personnes "transsexuelles" (Université Paris 8).

De plus, la théorie psychanalytique et la psychiatrie sont issues d'une pensée hétérocentrée et hétéronormative. Aucun des auteurs ne dit de quelle place il parle. Sont-ils "transsexuels", transgenres, homosexuels, bisexuels, hétérosexuels?

Les écrits de ces experts découlent d'une méconnaissance profonde de la question "transsexuelle" et de théories hétérocentrées qui se sont érigées en "normes" au mépris des droits humains. En donnant l'idée d'une psychopathologie, ces écrits entraînent des conséquences sociales et politiques pour les personnes "transsexuelles", tels que leur rejet par la famille, l'entourage et par la société en général. Les écrits de ces experts montrent également l'incapacité à apprendre des patients. Les positions en sont plus dogmatiques que cliniciennes ou scientifiques. Pour une revue plus précise de la question, voir Jean-Luc SWERTVAEGHER[66].

Malgré l'évolution des mentalités, les homosexuels subissent encore les effets de positions semblables tenues à leur égard. Combien de temps nous faudra t-il pour démontrer que nous ne sommes pas plus psychopathologiques que les gauchers.

---

64) LACAN J., (1996), op. cit., p. 347.

65) LACAN J., (1996), op. cit., p. 347.

66) SWERTVAEGHER J-L., (1999), *Que sont devenues les personnes réassignées. Approche ethnopsychiatrique de la "transsexualité"*, mémoire de DEA de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Tobie NATHAN, Université de Paris 8, 140 p., disponible au Centre Georges Devereux, Paris 8, pp. 50-61, et la partie *Quand la théorie disqualifie les personnes transsexuelles*, pp. 61-64.

Stigmatiser un groupe social, sous quelque prétexte que ce soit, ne résout en rien la question...

Monique WITTIG[67], lesbienne féministe donne son point de vue sur la théorie et pratique psychanalytique, sur les effets politiques que cela engendre pour les lesbiennes, les hommes homosexuels et les femmes[68]:

> « *Qui a donné aux psychanalystes leur savoir? Par exemple pour Lacan ce qu'il appelle le «discours psychanalytique» et l'«expérience analytique», tous deux lui «apprennent» ce qu'il sait. Et chacun lui apprend ce que l'autre lui a appris. Niera-t-on (et qui par-dessus le marché?) que Lacan ait pris connaissance «scientifiquement» dans l'«expérience analytique» (une expérience en quelque sorte) des structures de l'Inconscient? Fera-t-on irrationnellement abstraction des discours des psychanalysé(e)s couché(e)s sur leur divan? Pour moi il n'y a aucun doute que Lacan ait trouvé dans «l'inconscient» les structures qu'il dit y avoir trouvé puisqu'il les y avait mises auparavant.* »

> « *Tous ces témoignages soulignent le sens politique que revêt dans la société hétérosexuelle actuelle l'impossibilité de communiquer autrement qu'avec un psychanalyste pour les lesbiennes, les hommes homosexuels et les femmes. La prise de conscience de l'état des choses général (ce n'est pas qu'on est malade ou à soigner, c'est qu'on a un ennemi) provoque généralement de la part des opprimé(e)s une rupture du contrat psychanalytique.* »[69]

4. APPROCHE CRITIQUE DU DIAGNOSTIC DE "TRANSSEXUALISME"

Actuellement et depuis une vingtaine d'années, en France, le diagnostic de "transsexualisme" relève du psychiatre. Il se fait par élimination des autres diagnostics possibles du fait de la symptomatologie proche (intersexualité, psychose, homosexualité, travestissement...), Jacques BRETON[70]. C'est ce qu'on appelle un diagnostic différentiel. Les candidats à la chirurgie de redétermination sexuelle ne doivent pas présenter de pathologie comme la psychopathie, la schizophrénie, la paranoïa, ni de délire. Pour le diagnostic, les psychiatres se font aider par des psychologues cliniciens qui font passer aux personnes concernées par le syndrome de Benjamin des tests

67) WITTIG M., (2001), *La pensée straight*, (Modernes), Paris, Balland, 157 p. Straight: hétéro en argot états unien.

68) WITTIG M., (2001), op. cit., p. 67.

69) WITTIG M., (2001), op. cit., p. 68.

70) BRETON J., et coll., (1985), op. cit., pp. 59-76.

projectifs (Rorschach, TAT), une échelle de féminité masculinité (MMPI, Minnesota Multiphasic Personnality Inventory) et un test de niveau intellectuel (Benois-Pichot)...

Plusieurs personnes "transsexuelles" m'ont dit avoir orienté leurs réponses aux tests et les craindre. Voici ce que me disait Evrard[71] à ce propos:

> « *A propos du Rorschach et de tous les tests psychologiques qu'on nous fait subir, on travestit complètement les réponses. On ne va pas donner des réponses qui sont susceptibles de laisser penser certaines choses au psychologue. On va donner des réponses très softs (sic) ou, je dirai, qui sont très très loin d'un caractère sexuel ou quoi que ce soit. Je me souviens, dans TAT, qu'il y avait une scène*[72] *où ma première idée c'était un viol ou quelque chose comme ça, c'est évident que je n'ai pas dit ça. Je ne sais plus ce que j'ai raconté, si je crois que j'ai raconté «le type rentre de son travail, il est fatigué, sa femme l'attend tout simplement au lit», quelque chose de très très soft.*
>
> *[...]*
>
> *Par contre, ce qui parait hallucinant, c'est le test, je ne sais plus comment il s'appelle, c'est une multitude de questions à classer en "oui" ou "non" et au milieu "ne sait pas", "peut-être". Et moi, effectivement, d'abord j'ai mis énormément de temps à répondre à ces questions. Tu avais des questions du genre: «est-ce que vous êtes constipé?» Des questions aussi con que ça! Tu vois.*
>
> *[...]*
>
> *Je me souviens que les tests, c'est la chose qui m'avait mis le plus mal à l'aise. J'étais très angoissé par le fait que la psy pouvait dire n'importe quoi... Tout interpréter selon ses désirs. J'avais l'impression d'être, et j'étais à la merci d'une mascarade institutionnalisée; je parle évidemment du "pouvoir psy".* »

De ce fait, les résultats de ces tests ne me semblent pas fiables. Par ailleurs, tous les psychiatres et psychologues ne les utilisent pas car ils considèrent qu'ils n'ont pas besoin de ces tests, qu'ils ne leur sont pas utiles.

L'objectif des psychiatres est de s'assurer que l'état du patient sera amélioré par le traitement. Tant qu'ils n'en sont pas sûrs, ils s'abstiennent de tout traitement. Ils s'informent sur l'attirance amoureuse et sexuelle des candidats.

Jusqu'à récemment, les "transsexuelles" (homme vers femmes) lesbiennes (attirées par des femmes) n'étaient pas acceptées. Pour la plupart des psychiatres, il faut que les personnes soient hétérosexuelles après l'opération. D'un autre côté, si elles sont homosexuelles avant les traitements médicaux (hétérosexuelles après), on leur dit qu'elles n'assument pas leur homosexualité. Le sexe psychologique, (sentiment d'être

---

71) REUCHER T., (2000), op. cit., p. 37, et voir l'interview n°4, Evrard, nouvel homme, annexe G, p. G.3.

72) TAT, planche 13 MF: au premier plan, un homme debout, habillé, le bras levé devant les yeux, tourne le dos à une femme (au second plan) couchée sur un lit, la poitrine dénudée.

femme ou homme), n'est pas l'attirance amoureuse et sexuelle (désir pour l'autre). Par ailleurs, ils ne prennent pas en compte que cette attirance amoureuse et sexuelle peut changer car elle n'est pas systématiquement définitive.

De même, les “transsexuelles” prostituées sont refusées. Or la prostitution n'est pas liée au sexe psychologique! Moins de 5% de “transsexuelles” françaises sont concernées par cette activité[73]. Par ailleurs beaucoup de personnes transgenres, transvesties et quelques “transsexuelles” sans papiers ont recourt à cette activité car c'est pour elles la seule possible.

Une “transsexuelle” me fait parvenir ce texte illustrant le type de relation qu'elle a avec l'équipe médicale:

« *MA VISITE CHEZ L'ADJOINTE DE C.*

Juste un petit mot pour vous conter mes démêlés d'aujourd'hui avec l'adjointe de C. à l'hôpital X. qui me recevait pour la 3ème fois.

Je dois préciser qu'ayant 44 ans, j'ai un peu vécu avant d'être obligée d'assumer ma transsexualité, en particulier, j'ai deux chérubins (7 et 11 ans).

Lors des épisodes précédents elle m'avait dit une première fois qu'ils s'étaient occupés de pères de famille et que ça ne causait aucun problème. Pour prétendre au second RDV que j'avais compris ce que j'avais voulu — à quoi j'ai répondu par un mail courroucé. (Sympa à l'hôpital X., ils donnent les Mails des toubibs.)

Alors cette fois-ci j'y allais pour la bonne bouche, ayant par ailleurs un psy et un endocrinologue (que je dois revoir à la fin du mois avec mes examens sanguins pour commencer le traitement).

Donc, j'y allais en avocat de la cause des TS[74] *présumés de seconde zone.*

Dans mon mail j'avais contesté qu'elle prétende sans les connaître que ma situation traumatisait mes enfants, d'emblée cette fois-ci, elle me propose de rencontrer son patron — C. — expert en la matière.

Je lui réponds qu'au vu de sa réputation je ne souhaite pas le rencontrer... Réaction plutôt agressive de sa part «vous êtes tous les mêmes et de toute façon les personnes comme vous généralement ils ne viennent qu'une fois». Il est très clair en effet que leurs efforts portent surtout sur le comment nous décourager «attention aux opérations, beaucoup se suicident après». Ah bon! Qui???

---

73) SERRE A., CABRAL C., CASTELLETTI S., BRUNET J-B., DE VINCENZI I., (1994), *Recherche-action auprès des transsexuels et travestis prostitués à Paris*, in Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 20/94, pp. 89-90.

74) Abréviation couramment utilisée par les personnes “transsexuelles” pour se désigner.

Je vous passerais les arguties auxquelles j'ai eu droit, qui tournaient autour du protocole et du comment ne pas reconnaître que ce dernier ne prévoit pas de s'occuper de cas réputés moins faciles. Comme le dit mon psy «ils ne veulent s'occuper que de personnes bien portantes».

Elle était un peu coincée... Difficile d'admettre que les raisons du refus probable de la commission seraient administratives et ne pas se déjuger en tant que médecin, en principe un toubib est censé s'occuper de la souffrance des patients.

Souffrance, d'ailleurs, elle a osé me dire que ma dysphorie de genre était évidente mais que je n'étais pas transsexuel. Elle s'est perdue un peu après dans les primaires, secondaires, pour me qualifier presque de ternaire, catégorie qui m'était manifestement réservée.

Là où je ne ris plus, c'est quand elle a osé me proposer comme tout traitement, afin de prendre ma souffrance en compte, une psychothérapie pour savoir d'où vient ce sentiment d'être femme qui est d'ordre psychologique, “tout le monde sait ça”, (parenthèse je crois savoir qu'au contraire aujourd'hui cette assertion est remise en cause) donc, psychothérapie et médicaments quand je déprimerais...

Là j'étais franchement en colère, je sors de mon sac mon Rivotril[75]*, je le pose sur son bureau et lui dit «docteur c'est à ça que vous me condamnez???» Non non. Pas du tout mais vous savez le protocole ... (mot qu'elle a employé au moins 50 fois en 3/4 d'heure).*

Voyez, qu'elle ajoute pour terminer: «les homosexuels peuvent se marier et avoir des enfants maintenant». Ah non docteur, à l'étranger mais pas en France!

Oui oui mais ça viendra ... pour vous aussi dans 10 ans, (bien sûr 10 ans d'attente, elle rêve).

J'en ai conclu que je n'étais pas transsexuelle pour l'instant mais que je le deviendrais quand le protocole de ces équipes auto proclamées et fières d'elles, aura changé.

Inutile de préciser que j'ai terminé l'entretien en lui recommandant de rapporter mes propos, ce qu'elle s'est engagée à faire, et je lui ai précisé en tout dernier mot qu'elle ne me reverrait pas.

Voilà, je savais, bien sûr à quelle sauce j'allais être mangée, mais j'ai un côté Don Quichotte et j'avais envie de croiser le fer avec ces gens trop sur de leur savoir. Ce que j'en ai conclu, et qui n'est pas réjouissant, c'est que manifestement ils ne connaissent rien au transsexualisme — ce qu'elle a admis à demi-mot en disant que j'en savais plus qu'elle.

J'oubliais, elle m'a dit également, qu'ayant des enfants, mon changement d'identité ne pourrait être prononcé qu'a leur majorité[76]*.* »

C'est ainsi que les équipes médicales sans chirurgien suivent une majorité de “transsexuels” exclus du protocole des autres équipes.

---

75) Médicament antiépileptique (benzodiazépine), anticonvulsivant, anxiolytique, sédatif, myorelaxant, d'après le dictionnaire Vidal, (1992), op. cit.

76) Ce qui est faux bien sûr.

4.1. LA VALIDITE DU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

A propos du diagnostic, Russel W. REID[77], psychiatre anglais qui suit des "transsexuels" à Londres, écrit:

> « *En médecine et psychologie il n'existe pas de méthode permettant une évaluation fiable du transsexualisme.* »

Les personnes concernées par le syndrome de Benjamin attendent longtemps, elles sont maintenues dans l'ignorance quant à leur avenir et cela les déstabilise. Les personnes ne savent pas quand une décision sera prise ni si elle sera prise. Il leur est impossible d'organiser leur vie autrement qu'au jour le jour et ce sur plusieurs années. Elles ne peuvent ni anticiper, ni se projeter dans l'avenir. Cette pratique créé une insécurité, fragilise les personnes et entraîne une difficulté, voire une incapacité à s'adapter qui peut persister même après la réassignation. Les personnes restent comme suspendues. Par ailleurs, le diagnostic peut, malgré toutes les précautions prises, être erronés tout en faisant souffrir inutilement de nombreuses personnes. C'est cette pratique qui est une maltraitance théorique. Des "transsexuels" en témoignent.

> Yoann[78]: « *On reste de toute façon fragile parce qu'on nous a poussés à bout, et que le comble de tout ça c'est que ce sont des thérapeutes qui vous font ça. Ils vous fragilisent parce que tout individu est susceptible d'être fragilisé quand il est déstabilisé. Nous, on est déstabilisé sur plusieurs années. La génération d'aujourd'hui l'est moins. Pour notre génération, on portait atteinte à notre intégrité encore plus qu'elle n'était déjà atteinte au départ. Il faut savoir qu'on en garde des séquelles [...].*
>
> *[...] Il n'y en a pas une pour relever l'autre* [les équipes médicales]. *Je pense qu'ils ne se rendent pas compte de l'état de fragilité dans laquelle on est lorsqu'on est un esprit et pas un corps, voilà. Lorsqu'on est devant eux, on est un esprit masculin, ou un esprit féminin, et on n'est pas encore un corps. Au moment où on a fait la transformation, on devient un corps et un esprit. Et, ça devient tout autre chose, on a un poids qu'on n'avait pas avant. Et ces gens-là, "ils nous frappent dessus", parfois par leur indifférence, par le fait de nous faire attendre longtemps, de ne pas nous considérer, de passer leur temps à nous poser des questions qui nous détruisent de l'intérieur, c'est une forme d'acharnement. Et puis, je trouve qu'être médecin, être docteur en médecine, quelle que soit la spécialité, c'est d'abord soulager le patient. Et eux, ils ne sont pas vraiment pressés de nous soulager — je ne parle pas du soulagement correspondant à l'opération — du moins un soulagement psychique qui ne nous confine pas dans le doute sur plusieurs années. C'est inhumain, et cela peut être une source de problèmes supplémentaires sur le plan psychologique. Paradoxalement, cela peut,*

---

77) REID R.W., (1995), *Aspects psychiatriques et psychologiques du transsexualisme*, in Transsexualisme, médecine et droit, XXIIIe colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, Strasbourg, Conseil de l'Europe, pp. 25-51, p. 34.

78) REUCHER T., (2000), op. cit., pp. 91-92, et voir l'interview n°2, Yoann, nouvel homme, annexe E, pp. E.9-10.

peut-être, nous fortifier pour les plus tenaces d'entre nous, mais ressemble un peu à la loi de la jungle. Alors, les plus forts s'en sortent et les plus faibles restent sur le côté, c'est du moins ce que j'ai vécu à l'époque... Alors, ce sont surtout les "costauds du cerveau" qui résistaient. C'est un peu comme s'ils avaient gagné le parcours du combattant, un peu comme si c'était des paras qui y arrivaient dans l'équipe de Breton[79]*. Et puis, les plus vulnérables se "cassaient la binette" avant et ils étaient obligés d'aller à l'étranger, avec des difficultés ensuite pour les changements d'état-civil. Ce n'était pas normal. Moi, j'ai essayé d'être le plus réglo possible. Je n'avais qu'une envie, c'était en finir avec tout ça.* »

Seules les personnes qui ont les moyens financiers et celles qui ne souhaitent pas d'opération peuvent se passer des équipes médicales avec chirurgien.

Axelle[80]: « *Je ne ressens pas d'être quelqu'un d'autre qu'une femme. Me dire que je dois être quelqu'un d'autre que moi, et c'est ce que j'ai essayé de faire pendant une certaine partie de ma vie, sur les conseils de la première doctoresse que j'ai vue où elle m'avait dit «vous vous coupez les cheveux, vous vous coupez les ongles, vous vous mettez des cravates, on va voir où vous en êtes.» Et là, j'ai eu l'impression d'être déguisée, ce n'est pas moi du tout, c'est clair.*

[...] A part me dire que je ne suis pas normale... Je trouve que ce n'est pas suffisant, quand même. Tu vois, j'ai aimé le résumé, par exemple, de Cordier[81] *qui me dit «combien vous mesurez?», je lui dis «1,72 m», et tout de suite «vous chaussez du combien?», je lui dis «je chausse du 37,5», et il me dit «c'est pas normal.» Alors ça c'est un peu épuisant. La psy en Belgique, c'était «qu'est-ce que vous avez fait avec votre voix?» «Rien.» «Qu'est-ce que vous avez fait avec votre barbe?» J'ai dit «j'ai fait un peu d'épilation électrique.» «Vous n'avez pas de pomme d'Adam.» «Ben, non.» Alors elle me dit «vous avez les hanches larges.» Ben oui, et je lui dis «qu'est-ce que vous voulez que j'y fasse!» Alors après quand on me dit «on va encore réfléchir», pendant combien d'années? Parce que moi, j'ai voulu faire ça comme un combat personnel justement en évitant l'erreur d'un jugé extérieur, je vais dire, il y a quand même des millions de gens qui me considèrent comme une femme, qui me reçoivent comme telle. Et moi, ça fait un moment que j'ai analysé la question, donc, on va encore se poser la question pendant combien de temps à ma place? Quand Cordier me dit «on va se voir de manière soutenue» et j'ai un rendez-vous tous les six mois. Nous n'avons pas la même vision du soutenu, et là, je ne comprends pas.*

[...] c'est un truc de fou, parce que tu vas en Allemagne, les bonnes femmes chaussent du 45. Ça dépend des pays, c'est complètement grotesque cette histoire. On se croirait chez les médecins nazis.

---

79) Pr Jacques BRETON, psychiatre d'une équipe médicale parisienne, la première à fonctionner en France sous son impulsion.

80) REUCHER T., (2000), op. cit., pp. 92-93, et voir l'interview n°3, Axelle, nouvelle femme, annexe F, p. F.4, pp. F.8-F.9.

81) Docteur Bernard CORDIER, psychiatre qui a pris la suite du Professeur Jacques BRETON.

C'est un peu grave. En même temps, je dis toujours que je suis en accord avec moi-même, et je pense l'être, mais il y a toujours cette phase de fragilité où tu te dis «merde, et si c'était l'autre qui avait raison en me prouvant le contraire de ce que je pense depuis des années.»

[...] je me dis «qu'il faudrait vraiment qu'il s'accroche parce que, bon.» Alors quand je l'entends dire aussi «il faut que je téléphone à votre mère.» Mais, ma pauvre mère qui à 76 ans, il veut lui demander ce qu'elle a ressenti pendant ma grossesse, non, mais c'est ridicule cette histoire. Je ne suis pas éléphant man! Et puis, cela changerait quoi, surtout. Je sais que les rares conversations qu'on a pu avoir avec ma mère, là-dessus, effectivement, c'était plus ou moins une fille qui était attendue, mais est-ce que c'est suffisant? »

Nombreux sont les parents qui souhaitaient avoir un enfant de l'autre sexe que celui qu'ils ont eu. Si c'était une cause du syndrome de Benjamin, il y aurait de nombreux "transsexuels". Or ceux-ci sont rares, environ 5.000 en France[82].

4.1.1. Une erreur de diagnostic

Lors de mon mémoire de maîtrise, j'ai fait passer un questionnaire[83] à des "transsexuels". L'un d'eux, le SBM du questionnaire G2-25, a suivi un traitement hormonal, une mastectomie et une hystérectomie. Le diagnostic a été fait selon les critères exposés plus haut[84] par une équipe médicale française avec chirurgien. Le traitement hormonal ne lui apportant pas le soulagement escompté, il a entamé une psychanalyse. Actuellement il regrette ce parcours. Voici ses réponses aux questions ouvertes:

« ***1. Etes-vous satisfait(e) de votre sexualité? Décrivez en quoi vous êtes satisfait(e) ou insatisfait(e):***

Non, j'ai cru aimer les femmes, je m'aperçois que ce n'est pas le cas. Les opérations de soi-disant changement de sexe ne changent qu'une chose => s'apercevoir que c'est une erreur!

2. Qu'est-ce que vous aimez le plus dans la sexualité? Décrivez:

Je ne sais pas, car ma sexualité, que je le veuille ou non, est celle d'une femme, avec vagin etc. J'aimerai avoir des rapports sexuels avec un homme!

3. Qu'est-ce que vous aimez le moins dans la sexualité? Décrivez:

Sans réponse.

---

82) Extrapolation des statistiques faites au Pays Bas en 1992, soit 0,0074% de la population. Source: CONSEIL DE L'EUROPE, (1995), *Transsexualisme, médecine et droit, XXIIIe colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, Strasbourg*, Editions du Conseil de l'Europe, 304 p., p. 39.

83) REUCHER T., (2000), op. cit., pp. 93-94, et voir questionnaire destiné aux SB ("transsexuels"), annexe B, pp. B.1-B.8.

84) CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), op. cit.

4. La féminité, c'est quoi pour vous? Décrivez:

Ce que j'ai toujours refusé, c'est-à-dire moi-même. Refuser mon sexe car c'est de ça qu'il s'agit. Les raisons tiennent à ma compréhension des rapports père/mère. Pour moi le pénis était perçu comme dangereux.

5. La masculinité, c'est quoi pour vous? Décrivez:

Une mascarade, c'est le vêtement qui permet de masquer la volonté que j'avais de ne pas supporter d'être une fille. Il y a une différence entre ne pas vouloir être une fille et être un garçon.

6. Etre une femme, c'est quoi pour vous? Décrivez.

C'est accepter la sexualité d'une femme. Le reste est affaire de culture. Comme dit Françoise DOLTO, la femme est pour l'homme et inversement. Avec un peu de sincérité, tout le monde peut au moins le pressentir. Je me moque de l'homosexualité, je ne juge pas, je dis que c'est un mode de sexualité frustrant.

7. Etre un homme, c'est quoi pour vous? Décrivez:

Même chose. Accepter sa sexualité d'homme.

8. Comment vous sentez-vous à la fin de ce questionnaire?

Désolé de m'apercevoir qu'il sert des résistances et qu'il ne peut rendre compte d'aucune réalité. En ce qui me concerne, la psychanalyse m'a rendu à moi-même. Je ne peux concevoir qu'un travail scientifique s'attache à la faire taire. »

C'est la seule erreur de diagnostique dont j'ai connaissance mais rien ne permet de dire qu'il n'y en a pas eu d'autres que ce soit dans cette équipe médicale ou dans les autres. Il est dommage que cette psychanalyse n'ai pas pu être faite plus tôt afin d'éviter cette situation. Mais l'attitude des psys en est seule responsable puisque à l'époque de sa démarche de changement de sexe, les psys ne proposaient que des thérapies coercitives au lieu d'une aide à l'auto diagnostic. Si la théorie psychanalytique est impuissante pour expliquer le syndrome de Benjamin, elle peut aider certaines personnes à qui elle convient dans une aide à l'auto diagnostic dès lors que le thérapeute ne se limite pas à la théorie et qu'il garde une souplesse et une liberté de mouvement et de fonctionnement vis à vis de cette dernière.

Les informations du questionnaire G2-25 et les différents témoignages me permettent de dire que le mode de diagnostic est inadapté. Cela confirme également que l'attitude des “psys” empêche tout travail de compréhension. Le travail psychologique doit accompagner la personne dans son devenir, que ce soit en faisant le parcours de transformation ou non. En aucune façon le “psy” ne doit s'opposer au parcours de transformation si c'est ce que souhaite le consultant.

4.1.2. Le parcours médical où la métamorphose pour être soi

Le parcours de transformation peut aussi être traumatisant à cause des pratiques non respectueuses. Ce n'est plus le cas actuellement dans la plupart des équipes médicales sans chirurgien. Voici ce qu'en disent les personnes "transsexuelles".

> Anna[85]: « *L'essentiel c'est d'être bien, bien avec soi-même, si on est bien avec soi-même je pense qu'à la limite on peut bien faire l'amour. [...]*
> *Plus ça va, plus je pense que si on est bien avec soi, à tout point de vue, que ce soit sexuellement, en société, affectivement, dans tous les domaines, si on est bien dans tous ces domaines là avec soi, tu peux avoir une vie vraiment bien, sereine, cool, et tout peut très bien se passer.* »

L'épanouissement de sa personne, y compris sur le plan sexuel, passe par *être bien avec elle-même*.

> Yoann[86]: « *[...] une fois que le questionnaire a été terminé, que je l'ai envoyé, forcément à force de s'être plongé dans tout ça, je me suis reposé quelques petites questions puis je me suis dit «tiens, si je me replongeais dans les vidéos parlant du sujet», (j'avais enregistré certaines émissions télévisées). Ce qui m'intéressait c'était de voir quel regard j'avais aujourd'hui, de constater que j'avais pris une très très grande distance au point d'oublier ce que cela me faisait de voir ces sujets traités comme ils étaient traités à l'époque. Je me suis dit quand même qu'on avait un parcours extrêmement traumatisant, qui pouvait déstabiliser le psychisme et qu'il fallait qu'on soit des individus certainement beaucoup plus équilibrés que la moyenne, (contrairement à ce qu'on voudrait nous faire croire!), pour encaisser un tel parcours. Cela est vrai surtout pour les gens de notre génération, (nés dans les années soixante), qui ont connu l'équipe parisienne unique, pour ne pas la citer, celle du Pr BRETON. On s'est armé de patience, et il fallait vraiment ne pas avoir "les nerfs fragiles" pour passer dans les "mailles du filet". Je trouve que cela illustre bien qu'on est quand même plus équilibré que la moyenne et qu'après il y a certainement une recherche inconsciente de paix. On essaie de pas trop se heurter à des difficultés inutiles pour conserver sa stabilité. C'est l'impression que j'ai eu avec le recul; en général, je ne cherche pas à rencontrer des situations qui me déstabilisent. Je trouve que j'en ai eu assez comme ça et finalement la paix apportée par mes interventions suffit à mon bonheur et le reste c'est de l'extra. Je ne recherche, ni quelque chose qui me déstabilise, ni quelque chose qui rendrait ma vie plus plus plus... Voilà, je suis satisfait.* »

Après ce parcours difficile, il trouve enfin la paix et la sérénité.

Dans tous les cas, être bien avec soi-même est fondamental pour trouver un équilibre de vie et une paix intérieure. L'harmonie entre le vécu intérieur et l'apparence

---

85) REUCHER T., (2000), op. cit., p. 95, et voir l'interview n°1, Anna, nouvelle femme, annexe D, p. D.1, p. D.10.

86) REUCHER T., (2000), op. cit., p. 95, et voir l'interview n°2, Yoann, nouvel homme, annexe E, pp. E.1-E.2.

extérieure, (l'harmonie entre le contenu et le contenant), est essentielle au bonheur humain.

5. QUAND LA SOCIOLOGIE REJOINT L'ETHNOPSYCHIATRIE

5.1. LA THEORIE QUEER

Le mot queer est une insulte homophobe que les homosexuels se sont réapropriée. C'est l'équivalent de notre "pédé" en beaucoup plus "hard". En France, dans la communauté homosexuelle, les gays entre eux se nomment "pédé". Ils se sont aussi réaproprié l'insulte et, en se repositionnant, ils l'ont détournée en auto nomination. Ils sont passés de la honte à la visibilité. Cette visibilité est symbolisée par la MARCHE DES FIERTES LESBIENNE, GAY, BI ET TRANS qui a lieu en juin chaque année depuis 1995. Depuis 1997, les "trans" ont aussi leur marche, l'EXISTRANS.

Marie-Hélène BOUCIER[87] précise: « *[...]* ***la théorie queer problématise et politise*** *non seulement* ***le corps mais aussi*** *— et c'est là sa forte dimension épistémologique —* ***le savoir et la production de vérité****, bref les rapports savoir-pouvoir.* ».

La théorie queer permet « *[...]* ***à ceux qui sont habituellement les objets du discours des experts, à ceux dont on parle et qui restent silencieux sur leur propre expérience, de parler en leur propre nom, de manière à ce qu'ils deviennent maîtres de la formulation de leurs besoins. Que les parlés parlent****, qu'ils résistent à des effets de domination sociale et symbolique, que les objets du discours deviennent les sujets de leur propre discours.* »[88].

« *[...]* ***la théorie et les pratiques queers accordent une grande place aux politiques de la représentation et de la performativité***[89] *qui sont autant d'opérations de dénaturalisation des sexes, des genres, des régimes disciplinaires et donc de repolitisation.* »[90]

Comme nous le voyons, dans ses pratiques, la théorie queer rejoint la démarche ethnopsychiatrique. Ce positionnement entraîne l'inversion d'expertise.

---

87) BOURCIER M-H., (2001), *Queer zones. Politique des identités sexuelles, des représentations et des savoirs*, (Modernes), Paris, Balland, 247 p., p. 175.

88) BOURCIER M-H., (2001), op. cit., p. 184.

89) BOURCIER M-H., (2001), op. cit., p. 191. Je ne reproduit pas ici la note 394.

90) BOURCIER M-H., (2001), op. cit., p. 191.

5.1.1. Notion de performativité et de performance

Jouer les rôles et mimer les codes des genres sont des performances de type théâtral. C'est un jeu parodique et politique des signes de féminité et de masculinité. C'est une façon de critiquer les rôles de genre attribué à chaque sexe. Le but est de dé-genriser (gender fucking) les sexes.

> « *La possibilité même du travestissement constituerait la preuve que le genre n'est que fiction et performance (au sens théâtral et linguistique du terme).* »[91]

> « *Autrement dit,* ***l'hétérosexualité est une parodie du genre sans original****, dans laquelle les positions compulsives de genre (ce que l'on appelle la masculinité ou la féminité ordinaire) sont le résultat de répétitions de performances du genre "comme il faut". Des expressions telles que "gender trouble" ou d'autres comme "niquer les genres" renvoient aux effets dénaturalisants des pratiques de re-codification et de répétition parodique du travestissement ou des rôles* butch / fem[92] *qui se produisent en marge de la fiction hétérosexuelle.* »[93]

> « *Austin est à l'origine de la distinction entre actes de langage constatatifs et actes de langage performatifs. Les constatatifs sont des actes de langage qui décrivent une situation donnée ou un événement et qui peuvent donc être vérifiés dans la réalité et être qualifiés de vrai ou de faux. Par exemple: "demain, c'est Noël" (et c'est vrai). Les performatifs sont ces des actes de langage qui "produisent l'événement auxquels ils se réfèrent" et qui ne sont ni vrai ni faux, mais réussis ou ratés. L'énoncé "je vous déclare mari et femme" par exemple, s'il est proféré par les personnes autorisées dans le contexte cérémoniel approprié, effectue dans la réalité la relation qu'il nomme. Les actes performatifs sont donc, comme le souligne Butler, des formes de paroles d'autorité où le pouvoir opère à travers le discours.* »[94]

Un acte de langage performatif est également une "parole agissante" au sens ethnopsychiatrique du terme[95]. L'annonce du sexe est performative[96]. Dès l'annonce du sexe de l'enfant né ou à naître produit un effet sur les parents. Leur comportement vis-à-vis de l'enfant est lié à cette annonce. Ils élèveront l'enfant en fonction du sexe

---

91) BOURCIER M-H., (2001), op. cit., p. 166.

92) Butch = lesbienne masculine, fem = lesbienne féminine.

93) Intervention à 2 voix, (Béatriz PRECIADO et Marie-Hélène BOURCIER), donnée à Beaubourg en juin 1999, partie de PRECIADO B., in BOURCIER M-H., (2001), op. cit., pp. 203-204.

94) Intervention à 2 voix, (Béatriz PRECIADO et Marie-Hélène BOURCIER), donnée à Beaubourg en juin 1999, partie de PRECIADO B., in BOURCIER M-H., (2001), op. cit., p. 204.

95) Terme de Lucien OUNKPATIM, consultation au Centre Georges Devereux, Université Paris 8.

96) « *Comme Butler le souligne, des expressions comme "c'est une fille!", "c'est un garçon!" qui sont prononcés à la naissance, devraient être considérées comme des performatifs initiatiques, c'est-à-dire comme des invocations ou des citations ritualisées, des conventions de genres.* », BOURCIER M-H., (2001), op. cit., p. 206.

d'assignation (qui correspond très généralement au sexe anatomique). Cette nomination entraîne des conséquences pour toute la vie de l'enfant. Le changement d'état-civil a presque les mêmes conséquences[97] pour une personne "transsexuelle". C'est ce que Beatriz PRECIADO[98] appelle « *un processus de nomination performative* ». Dans la société hétérosexuelle, le corps est découpé en organes ce qui permet d'assigner un sexe au corps étudié. Les « *occurrences problématiques atypiques, anormale, en un mot dégénératives de l'ordre hétérosexuel* » nécessitent un redécoupage pour une réassignation afin de réguler l'ordre établi.

> « *Invertie. Travestie. Intersexe. Transsexuelle. Preuve de l'arrogance de la culture et du discours hétérocentré: le fait que l'abandon du sexe assigné devienne un problème de réassignation où les frontières, la validation, les structures, les configurations et même la vie sont entièrement et uniquement décidées par les institutions hétérosexuelles (la médecine, la psychologie...).* »[99]

5.1.2. La contra-sexualité

D'après Beatriz PRECIADO[100], la contra-sexualité est un terme qui est inspiré de Michel FOUCAULT en résistance à la production disciplinaire de la sexualité. La contra-sexualité est une contre-productivité ou une contre-discipline. Sans rejeter les hypothèses des constructions sociales ou psychologiques du genre, elle étudie les transformations technologiques des corps sexués et genrisés.

> « *La contra-sexualité est une théorie du corps qui se situe en dehors des oppositions mâle/femelle, masculin/féminin, hétérosexualité/homosexualité. Elle définit la sexualité comme technologie et considère que les différents éléments du système sexe/genre appelés "homme", "femme", "homosexuel", "transsexuel" ainsi que leur pratiques et identité sexuelles sont autant de machines, produits, outils, appareils, gadgets, prothèses, réseaux, applications, programmes, connexions, flux d'énergie et d'information, interruptions et interrupteurs, clés, lois de circulation, frontières, contraintes, designs, logiques, équipes, formats, accidents, détritus, mécanismes, usages, détournements...* »[101]

---

97) Le changement d'état-civil n'est actif qu'à partir de la date du jugement (il n'est pas rétroactif). L'extrait d'acte de naissance mentionne seulement les nouvelles informations (sexe et prénom(s). Mais il est toujours possible pour les autorités d'obtenir une copie de l'acte de naissance qui mentionne l'ensembles des éléments, anciens et nouveaux sexe et prénom(s) ainsi que la date du jugement. C'est une épée de Damoclès qui restent suspendue au dessus de la tête des ex-"transsexuels/les" devenus nouvelles femmes et nouveaux hommes. Un LE PEN au pouvoir pourrait faire annuler toutes les décisions de changement d'état-civil des nouvelles femmes et des nouveaux hommes.

98) PRECIADO B., (2000), *Manifeste contra-sexuel*, (Modernes), Paris, Balland, 157 p., pp. 90-96.

99) PRECIADO B., (2000), op. cit., p. 93.

100) PRECIADO B., (2000), op. cit., pp. 17-29.

101) PRECIADO B., (2000), op. cit., p. 21.

« *En fait, on pourrait dire que ce qui menace le système sexe/genre, ce n'est pas tant la performance trans-genre qui se produit "sur la scène" que la transformation physique, sociale et politique des corps et des pratiques sexuelles "hors scène" ou mieux encore sur "la scène" politico-sexuelle de la vie quotidienne. Ce que les communautés transsexuelles et transgenres ont ramené sur le tapis, ce ne sont pas les performances de genre mais des technologies de sexe précises: des clits qui deviennent des bites, des corps en mutation et ce, irréversiblement, des dosages d'hormones calculés, des utérus qui ne vont pas procréer, des prostates sans sperme, des voix qui changent de registre, une pilosité faciale, des godes qui ont des orgasmes, des vagins reconstruits qui ne désirent pas les pénis, des prothèses gonadales qui peuvent fondre dans le micro onde.*
En privilégiant la performance de genre, les effets théâtraux, le pouvoir performatif du langage et de la textualité, les théories queer de l'identité performative sont restées propres sur elles, évitant finalement, malgré les apparences, de penser les changements corporels radicaux des personnes transgenres et transsexuel(le)s. »[102]

« *Comprendre le sexe et le genre comme des technologies permet de trancher la fausse contradiction entre essentialisme et constructivisme en arguant du fait qu'il n'est pas possible d'isoler les corps (comme matériaux passifs ou résistants) des forces sociales de construction de la différence sexuelle.* »[103]

5.1.3. L'auto nomination ou la réappropriation de notre identité

Les personnes dites "transsexuelles" contestent le terme "transsexuel" à cause de la connotation sexuelle qu'il induit. Aucune dénomination proposée par les "psys" ne convient. Aucune association n'est d'accord sur l'expression à utiliser. Comme le Dr Harry BENJAMIN a été le premier médecin à décrire avec justesse la réalité du syndrome "transsexuel", j'utilise les termes SYNDROME DE BENJAMIN (du nom du fondateur) ou "TRANSSEXUEL" entre guillemets.

La création du terme syndrome de Benjamin n'est pas due qu'aux fondateurs de l'Association du Syndrome de Benjamin. De nombreux "transsexuels" l'ont repris à leur compte, le préférant à celui de "transsexuel". D'autres, reprochant à *syndrome de Benjamin* la partie *syndrome* qui serait pathologisante, le rejettent et préfèrent le terme de "transsexuel" ou de transgenre[104]. Quelques médecins ont repris le terme

102) PRECIADO B., (2000), op. cit., p. 75.

103) PRECIADO B., (2000), op. cit., p. 114.

104) Il y a autant de différence entre "transsexuel" et transgenre qu'entre "transsexuel" et transvesti. Bien qu'ayant des points communs, ce sont des réalités différentes.

syndrome de Benjamin[105]. Qu'ils parlent de syndrome de "transsexualisme" ou de syndrome de Benjamin, cela ne changent rien pour eux car le terme syndrome est toujours présent. Pour eux, c'est clairement une entité nosographique à part entière. Que se soit une question médicale, c'est certain puisque la réponse l'est également. Mais, du point de vue des "transsexuels/les" cela ne relève en aucune façon de la psychiatrie.

Le "transsexualisme" est une transition d'un sexe à l'autre. C'est une personne qui naît dans un corps d'homme, qui, pour se préserver, se comporte assez souvent en apparence comme un homme mais qui a un sexe psychologique de femme (ou l'inverse). Cette personne qui fait sa transition ne change pas de sexe psychologique, mais d'apparence et de comportement. C'est physiquement et socialement que les choses se passent. Il y a un mouvement, un changement d'apparence d'un homme qui devient femme ou l'inverse. Même si elle n'est pas génétiquement de l'autre sexe, la personne "transsexuelle" l'est psychologiquement, socialement et physiquement. Ce qui fait une femme ou un homme, c'est avant tout le social, c'est donc une affaire de culture. Si le terme "transsexuel" décrit bien une transition physique (d'un sexe à l'autre), il ne décrit pas la réalité identitaire des personnes concernées. Syndrome de Benjamin non plus, mais il a l'avantage de d'éliminer la connotation sexuelle de "transsexuel".

La plupart des "psys" nous désignent par notre sexe de naissance, même après la transformation. Voici qu'écrit Jacques BRETON[106]:

> « *Nous distinguons les transsexuels des deux sexes en les désignant par leur sexe d'origine, celui de leur biologie et de leur état civil, ce qui est sans ambiguïté. Nous disons donc transsexuel masculin ou féminin. Nous préférons masculin à mâle et féminin à femelle parce que c'est précisément la virilité ou la féminité qui leur fait défaut et que c'est dans le domaine du genre (masculin ou féminin) que réside le transsexualisme.* »

105) Par exemple le Dr Mireille BONIERBALE, psychiatre, sexologue sur la région marseillaise. Elle suit des patients "transsexuels" dans le cadre d'une équipe médicale. BONIERBALE M., (2001), *Transsexualisme: les grandes questions*, in Livres des résumés, XVème Congrès Mondial de Sexologie, p. 258, 24-28 juin 2001, Palais des Congrès, Paris.

106) BRETON J., et coll., (1985), op. cit., p. 37.

A propos de la nomination, Denise VANNEREAU fait aussi ce constat[107]:

> « *Ainsi, dans tous les cas, on désigne un transsexuel sous l'appellation trompeuse et offensante de son seul sexe anatomique, tandis qu'on passe délibérément sous silence son sexe fondamental, qui est le sexe psychologique...*
>
> *IL N'Y A PAS DE MEILLEURE MANIERE D'HUMILIER UN TRANSSEXUEL QUE DE LUI INFLIGER UNE DENOMINATION QUI VA A L'INVERSE DE SA CONVICTION... car la conviction d'un transsexuel est le siège de sa vraie nature.* »

Notre problématique a été capturée et nommée par les "psys". Ils nous rattachent à un sexe qui ne nous représente pas et que nous ne gardons pas. Nous trouvons cette manière de faire irrespectueuse. Aussi nous nous sommes réaproprié notre nomination en nous désignant par notre sexe psychologique.

5.1.4. L'évolution qu'ont apportées les associations

C'est à cause de l'attitude et du discours des experts et des médias que se sont créées des associations de "transsexuels/les" qui remettent en cause le "savoir" erroné et sa diffusion. C'est nous les experts de ce que nous sommes. Qui peut dire mieux que nous ce que nous vivons? En quoi peuvent-ils dire mieux que nous ce qui est bien pour nous. Ils prétendent que leur vision du monde est la seule qui soit vraie. En quoi leur vision du monde est-elle plus juste que la notre?

Du fait des associations, les "transsexuels" ne sont plus seuls, ils s'échangent des informations, des adresses, des stratégies... Des réseaux se sont organisés permettant un véritable contre pouvoir à la toute puissance de certains monopoles. Face à un chemin tout tracé, des alternatives sont maintenant possibles avec une liberté qu'il n'y avait pas il y a cinq ans.

5.2. LE COURANT ETHNOPSYCHIATRIQUE

L'échec de la psychanalyse et de la psychiatrie à définir le syndrome de Benjamin m'a conduit à me tourner vers l'ethnopsychiatrie. Tobie NATHAN et Françoise SIRONI donnent une définition complémentaire de l'ethnopsychiatrie.

> Pour Tobie NATHAN[108], c'est une discipline qui étudie avec une méthode scientifique tous les systèmes thérapeutiques. Elle les décrit, fait ressortir leurs

---

107) VANNEREAU D., (1986), *La sémantique et ses mensonges*, in La question transsexuelle, Joseph DOUCÉ Eds, 1986, Paris, Lumière & Justice, p. 127.

108) NATHAN T., (1997), Spécificité de l'ethnopsychiatrie, in La guerre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°34, pp. 7-24, Grenoble, La pensée sauvage, pp. 13-14.

spécificités et surtout met en valeur leur caractère nécessaire. L'ethnopsychiatrie confronte les concepts psychiatriques, psychanalytiques et psychologiques aux groupes dont elle étudie les dispositifs thérapeutiques. Elle permet aux représentants des groupes utilisant les systèmes thérapeutiques en question de se prononcer sur la validité des descriptions. Elle crée des dispositifs cliniques innovants issus des hypothèses. Cette pratique clinique est destinée à intervenir dans des situations de désordre que l'on peut considérer psychologiques, sociaux, culturels ou institutionnels. Elle intègre les théories, elle adapte les dispositifs thérapeutiques efficaces en fonction des groupes de patients à qui elle s'adresse.

Pour Françoise SIRONI[109], le clinicien et le chercheur s'interdisent de penser à priori l'objet d'étude et de l'enfermer dans une des catégories préexistantes. Cela oblige le clinicien et le chercheur à étudier les catégories préexistantes, leur mode de fabrication en tant qu'objet, leur pertinence, leur validité et leur limitation par rapport à l'objet d'étude qu'elles font voeux de contenir. La méthode clinique prend aussi en compte l'action du chercheur ou du thérapeute clinicien. Cela aboutit à la construction d'une pensée ou d'une théorie. Le clinicien ou le chercheur soumet ses interventions à ceux qu'il prétend décrire, comprendre et analyser. Cela évite de produire des énoncés sur les personnes sans participation effective et contradictoire des “sujets-objets-de-discours”. Enfin, ces énoncés sont vérifiables.

5.2.1. Le dispositif ethnopsychiatrie

Le dispositif est la façon dont est organisé l'espace de consultation. Il est différent du cadre qui, lui, est le contrat thérapeutique passé entre les chercheurs ou psychologues cliniciens et les consultants.

Les consultations d'ethnopsychiatrie[110] comportent un ou plusieurs thérapeutes, des stagiaires étudiants en troisième cycle (ou pour de rares exceptions en maîtrise), un médiateur ethnoculturel représentant du monde des personnes qui viennent consulter, accompagnées, si possible, des familles, et si nécessaire des amis, voisins, médecins,

---

109) SIRONI F., (1997), L'universalité est-elle une torture?, in La guerre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°34, pp. 43-57, Grenoble, La pensée sauvage, pp. 45-47.

110) Ce dispositif est décrit dans NATHAN T., (1993), *Fier de n'avoir ni pays, ni ami, quelle folie c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, La pensée sauvage, Grenoble, 151 p. et NATHAN T., (1994), *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris, 350 p.

accompagnants sociaux (psychologue, assistante sociale)... La consultation est organisée en cercle. Si toutes les personnes qui viennent consulter, donnent leur accord, la consultation est filmée constituant ainsi une partie du dossier du consultant. Le film est soumis aux mêmes règles déontologiques que le dossier. Il permet de retranscrire fidèlement la parole des différentes personnes présentes ce qui est fondamentale pour la recherche. Les consultants nous informent sur leurs mondes. Les personnes tirent un bienfait de l'aide que nous leur apportons et elles contribuent à l'élaboration d'une théorie. Il ne s'agit pas d'un huis clôt entre un patient et son thérapeute, toutes les personnes présentes sont témoins et acteurs de la consultation.

6. PSYCHOTHERAPIE ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES “TRANSSEXUELLES”

6.1. LE GROUPE DE RECHERCHE SUR LA “TRANSSEXUALITE”

Je suis arrivé dans le groupe de recherche début 1998. J'ai eu connaissance de son existence lors d'un cours de licence. Pour moi ethnopsychiatrie signifiait une spécialité par rapport aux patients migrants. Je n'avais donc pas imaginé y avoir recours.

Tout de suite je me suis trouvé à l'aise au Centre Georges Devereux[111]. Pour la première fois, des personnes pouvaient savoir qui j'étais et me considérer naturellement comme un homme, comme quelqu'un de “normal”. Ils ne détenaient pas un “savoir” sur les personnes dites “transsexuelles”, ils ne prétendent pas les enfermer dans une case.

Le groupe de recherche “trans” créé et dirigé par Françoise SIRONI se réunit une fois par semaine. Actuellement ce groupe de recherche est composé de Françoise SIRONI, Jean-Luc SWERTWAEGHER, Annick DOLEDEC, (psychologues cliniciens) et moi-même (stagiaire). Il discute des théories, des “cas” rencontrés, des lectures, participe à des colloques... Il reçoit en consultation de recherche des personnes concernées par la question “transsexuelle”, que ce soit celles qui font le parcours, celles qui s'interrogent sur elles-mêmes, ou celles qui s'occupent de cette question

111) Centre Georges Devereux - Université Paris 8 - 2, rue de la Liberté - 93526 Saint-Denis Cedex 02. C'est le seul Centre universitaire d'aide psychologique en France. Il est aux psychologues cliniciens ce que le CHU est aux médecins.

professionnellement ou dans des associations. Jean-Luc SWERTVAEGHER a décrit l'historique du groupe de recherche “trans”[112], je n'y reviendrai pas.

Les personnes ou institutions qui contactent le groupe, le connaissent par les institutions, les associations, le bouche à oreille.

Nous avons pris le parti de nous adresser aux personnes qui viennent nous consulter selon leur souhait, quel que soit leur apparence physique. Nous ne considérons pas que cela oriente ou pousse les personnes dans un parcours de transformation. C'est seulement une façon de les respecter et cela permet d'établir d'emblée une relation de confiance. Les personnes n'entrent pas en résistance en réponse à une “résistance” ou une opposition à la question “transsexuelle” du thérapeute.

Le dispositif de consultation du groupe de recherche est inspiré de l'approche ethnopsychiatrique. Dans cette approche, toutes les personnes qui viennent consulter sont prises dans leur globalité. Il en est de même pour les personnes “transsexuelles”. Les personnes qui constituent le groupe de recherche “trans” sont habituellement présentes dans les consultations ainsi que les personnes concernées par la question “transsexuelle”. Ces dernières peuvent aussi être accompagnées des personnes de leur choix. Dans un cas, nous avons reçu la famille au complet à toutes les consultations. Parfois un/e stagiaire ou un spécialiste utile peut être présent également. Dans le groupe de recherche, je suis à la fois stagiaire apprenti psychologue et représentant du monde “transsexuel” car j'ai une très bonne connaissance de la question et du milieu “transsexuel” sur les plans médical, juridique, social, historique et associatif. Ce n'est pas une position toujours simple car je dois séparer l'associatif de la recherche. Les autres membres du groupe de recherche constituent les thérapeutes de la consultation. Les consultations sont espacées en moyenne d'un mois et si nécessaire l'un de nous peut revoir la personne entre les rendez-vous.

En tant que militant, je suis aussi à l'origine de l'ExisTrans, la première marche “transsexuelle” en France, et de la principale association française de “transsexuels” de par le nombre de ses membres. Dès sa création, cette association a été la plus importante. Lors des consultations du groupe, du fait de ma position, (stagiaire apprenti psychologue et représentant du monde “transsexuel”), je dois rester objectif

112) SWERTVAEGHER J-L., (1998), *De la transsexualité au transsexualisme: un sacrifice moderne? Approche ethnopsychiatrique de la question transsexuelle*, mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université Paris 8, 117 p., disponible au Centre Georges Devereux, Paris 8, pp. 76-87.

et ne pas être dans une position de militant mais de psychologue clinicien. En voyant la même personne dans un autre cadre, l'entretien aurait une autre orientation. Je lui dirais des choses différentes, plus pragmatiques, voire des conseils, je ne poserais pas les mêmes questions. Nous nous intéresserions à d'autres éléments. Je pourrais même montrer des photos de résultat de chirurgie. Nous pourrions aussi avoir des discussions concernant l'associatif et ses activités, les spécificités des différentes associations... En fait, au fils des années, c'est ma pratique associative qui a pris une orientation plus psychologique. Je suis toujours militant mais je tiens compte des éléments psychologiques que je perçois. Cela m'aide à mieux répondre à la personne que je reçois et à mieux l'orienter si nécessaire.

6.2. PSYCHOTHERAPIE ET AIDE A L'AUTODIAGNOSTIC

A propos de la psychothérapie, Russel W. REID[113], écrit:

> « *La psychothérapie avec des patients dysphoriques sexuels est une tâche difficile. Certains s'attendent à la disparition de leurs problèmes après CRS*[114]*. Certains tendent à se méfier du thérapeute, craignant, parfois avec raison, qu'ils ne refusent la CRS. Ils ne sont généralement pas très motivés pour engager une psychothérapie. Les thérapeutes, d'autre part, sont confrontés à leurs propres normes et valeurs, éprouvent des difficultés face à la frustration et à l'agressivité, ou se sentent troublés par l'apparence ambivalente de leurs patients.*
>
> *Nombreux psychothérapeutes ont cependant essayé de traiter les transsexuels. Ils avaient pour dessein l'abandon total des comportements sexuels croisés et l'(r)établissement d'une identité sexuelle correspondant aux caractères sexuels biologiques.*
>
> *Malheureusement, la psychothérapie n'est pas apparue la plus efficace dans le traitement du transsexualisme. Les rapports cliniques n'ont pas apporté de preuve plus convaincante en faveur d'un revirement total, durable, de l'identité sexuelle croisée grâce à la psychothérapie (Cohen-Kettenis et Kuiper, 1985*[115]*). Des études à grande échelle présentant des résultats des différentes modalités psychothérapeutiques font défaut.* »

Comme on peut le voir, il ne suffit pas de faire une psychothérapie ou une psychanalyse pour qu'une personne ne soit plus “transsexuelle”. A ma connaissance,

---

113) REID R.W., (1995), op. cit., p. 32.

114) Chirurgie de redétermination ou de réassignation sexuelle.

115) Voir COHEN-KETTENIS P.T., KUIPER A.J. & VAN DER REYT F., (1985), *Transsexuality in the Netherlands. Some medical and legal aspects*, in Medicine and Law, 4, pp. 373-378; COHEN-KETTENIS P.T. & KUIPER A.J., (1984), *Transseksualiteit en psychothérapie*, in Tijdschrijft voor psychothérapie, 3, pp. 153-166.

aucun cas de psychothérapie ou de psychanalyse réussie[116] sur un “transsexuel” avéré n'a été publié en France[117].

Par ailleurs, beaucoup de personnes concernées par le syndrome de Benjamin m'ont dit avoir tiré des bienfaits d'une psychothérapie suivie après le parcours. Avant, rien n'est possible du fait de l'attitude des psys. Voici ce qu'écrit à ce propos la nouvelle femme du questionnaire G2-11[118]:

> « *J'ai remonté (du fond) pas mal de choses ces temps-ci en revoyant un psy à l'occasion d'une démarche dans l'espoir d'y amener mon compagnon mais... Mais je continue de le voir pour moi car j'ai découvert que c'est maintenant que j'ai les choses les plus intéressantes à gratter. Et si c'est maintenant que “ça sort”, c'est parce que ça ne pouvait pas sortir AVANT. Et c'est sans doute devenu possible parce que “l'autre en face” n'a plus l'obsession de la demande de “changement de sexe” qui effrayait et faisait qu'il ne voyait que ça comme un problème auquel il fallait à tout prix trouver une cause pour y remédier.* »

Concernant l'aide à l'autodiagnostic, Joseph DOUCÉ écrit[119]:

> « — *Je suis d'accord pour faire un bout de chemin avec vous, pour être comme un écho vous permettant de parler en toute liberté, un miroir vous révélant ce que vous êtes et qui vous fera voir clair en vous-même.*
>
> — *Je ne collerai pas d'étiquette sur vous. N'attendez pas de moi un diagnostic précis, non seulement parce que je ne suis pas médecin, mais aussi par conviction. Je pense, en effet, que l'identité et l'orientation sexuelles d'une personne appartiennent à son intimité absolue et que nul autre n'a le droit d'y interférer. Fournissant toutes les informations possibles, je considère que mon consultant est suffisamment responsable pour faire de lui-même la part des choses et savoir ce qui lui convient et s'applique à lui ou non.* »

Plus loin, même page, à propos du choix de vie pour soi-même et de la liberté[120]:

> « *Après tout, il s'agit du bonheur de mon consultant et aucunement du mien! Qui suis-je pour dicter à un autre ce qui me semble bon pour lui? Moi-même, en aucun cas, je ne tolérerais qu'un autre veuille m'imposer ses vues sur mon style de vie. J'ai trop souffert autrefois de gens qui pensaient pour moi, décrétaient par exemple que l'hétérosexualité était préférable, alors que je sais pertinemment que je suis homosexuel!* »

---

116) Le patient ne se dit plus “transsexuel” et renonce définitivement au changement de sexe.

117) Le questionnaire G2-25 est un cas authentique, diagnostiqué et pris en charge dans une équipe médicale connue pour être très exigeante envers les patients. Il ne souhaite plus aucun contact.

118) REUCHER T., (2000), op. cit., pp. 101, et voir les commentaires et remarques des SB, annexe I, pp. I.3-I.4.

119) DOUCÉ J., (1986), op. cit., p. 137.

120) DOUCÉ J., (1986), op. cit., p. 137.

6.2.1. La clinique du groupe de recherche

La psychothérapie avec des personnes “transsexuelles” est possible à condition de respecter certaines règles simples mais fondamentales et fonctionnelles:

- ne pas avoir d'avis négatif sur la question “transsexuelle”;
- respecter l'identité dans laquelle se présente la personne et s'adresser à elle de la façon dont elle le souhaite. Cela n'oriente en aucune façon la personne vers une transition. Cela permet l'installation d'une relation de confiance qui permet d'aborder si nécessaire la question “transsexuelle”;
- ne pas chercher à orienter la personne dans un sens où dans l'autre (qu'elle fasse sa transition ou qu'elle ne la fasse pas), c'est-à-dire ne pas avoir d'intention à son égard;
- avoir une bonne connaissance de la question “transsexuelle” ou travailler avec une personne qui a ce niveau de connaissance.

Comme c'est la règle, tous les prénoms ont été changés afin de préserver les personnes.

Julien: être “transsexuel” et ne pas faire le parcours

Des rencontres discussions ont eu lieu entre le groupe de recherche et l'Association du Syndrome de Benjamin. Informé de la possibilité de consultation, Julien a sollicité une aide thérapeutique. Nous l'avons vu pendant 2 ans. Il était au chômage et dans une relation affective difficile. Il souhaitait retrouver sa confiance en lui.

Julien se présente comme un “transsexuel” (F->M). Il est bénévole à l'ASB. Il vient de du nord de la France. Il est l'aîné de 3 filles. Sur le plan affectif, ses relations avec son père sont quasiment inexistantes, ils ne parlent que de la pluie et du beau temps. Sa mère décédée est toujours très présente dans son souvenir. Le père s'est remarié. Celui-ci est peu présent dans le discours de Julien. Enfant, Julien était très masculin. Sa mère voulait qu'il soit féminin, elle l'a élevé en fille. Il dit avoir refoulé ce côté masculin pour éviter tout conflit avec sa mère qui était très autoritaire. Il fait une dépression entre 1976 et 1977. Ce côté masculin a resurgi vers 18 ans (1997).

Julien est très anxieux et très rigide, il a peur, il est paralysé. Il dit qu'il est “sous la couette” et qu'il voudrait en sortir. Il a peur de ne pas trouver de travail. Il est très gros, il donne l'impression d'un bloc monolithique tant sur le plan physique que sur le plan psychique.

Il était une lesbienne masculine pendant longtemps. Avant de rencontrer sa compagne, il militait dans les groupes lesbiens. Après le départ de son amie, il se rend au Centre Gai &

Lesbien et rencontre l'ASB par hasard. Il s'y reconnaît. Il continue de vivre dans l'appartement de son amie pendant son absence. Il entretient l'appartement et paye les charges inhérentes.

« *Avant, j'avais confiance en moi tant que j'étais inséré dans la société. Il y a eu le chômage, il faut prendre sur soi pour les entretiens. Le chômage en janvier 1997, licenciement, puis un accident de voiture et une séparation avec une personne avec qui je vivais depuis douze ans. [...] La lassitude, c'est devenu une cohabitation amicale, on s'est quitté à ma demande.* »

Peu après le départ de sa compagne, Julien rencontre une femme qui a quitté ses enfants et son mari pour lui. La relation qui s'installe est conflictuelle et destructrice pour tous les deux. Après plusieurs mois, il a réussi à se séparer de sa seconde compagne. Il a trouvé un stage de six mois d'aide éducateur qui lui redonne le moral. La première compagne doit revenir d'Asie où elle a passé deux ans et Julien est toujours dans son appartement. Il a fini par lui annoncer sa “transsexualité”. Elle l'a très mal pris, elle ne veut pas en entendre parler. Après son retour, la cohabitation était très difficile. Julien a pu trouver un travail dans le milieu associatif, puis il s'est acheté un appartement. Sa seconde séparation avec cette amie s'est relativement bien passé.

Le travail thérapeutique a consisté à tenter “d'assouplir” Julien en lui faisant explorer ses différents mondes, (famille, amis, vie professionnelle, vie amoureuse, militance associative), et ressortir leurs richesses, l'histoire familiale et ses relations avec sa famille. Malgré les années, sa mère revenait souvent dans ses rêves. Elle restait très présente dans son discours et gardait une influence sur sa vie actuelle. Dans différentes situations, il se disait qu'elle aurait dit ou fait ceci ou cela. Plusieurs fois par an, quand il allait dans sa famille, il empruntait l'autoroute qui passait devant le crématorium où reposaient les cendres de sa mère. Comme il n'y a pas de tombe, jamais il ne s'y est recueilli. Lors de ses passages, Il n'a pas, non plus, essayé d'aller voir le carré d'herbe où les cendres de sa mère ont été répandues. Nous lui avons demandé d'aller sur ce carré d'herbe et de dire à sa mère tout ce qu'il regrettait de n'avoir pas pu lui dire de son vivant. La question “transsexuelle” a pu être abordée chaque fois que Julien le jugeait nécessaire. Nous n'avons jamais cherché à l'orienter dans un sens ou dans l'autre. Il n'a pas entamé les démarches vers un suivi psychiatrique en vue d'une réassignation sexuelle. Le fait que nous nous adressions à lui selon sa présentation et son sexe psychologique a laissé un espace qui lui a permis de ne pas rester bloqué sur la question “transsexuelle” et de pouvoir aborder les autres questions qui étaient plus importantes.

La famille S.: calmer la frayeur de la mère et traiter le mort

Alexandra, une jeune “transsexuelle” de 20 ans fréquente l'ASB. A l'occasion d'une réunion, la famille de la jeune “transsexuelle” s'est présentée à l'association, je les ai reçus afin de comprendre de quoi il retournait. La mère, son beau frère et une amie étaient présents. J'ai laissé la mère, (principalement), dire tout ce qu'elle avait sur le coeur. Elle était angoissée, paroxystique, fébrile et logorrhéique. Avec deux autres personnes de l'association, nous avons fait deux visites à domicile qui ont permis d'apaiser un peu la frayeur de la mère. Une consultation est proposée et acceptée avec le groupe de recherche.

Lors de la première visite à domicile, la mère a parlé de la honte qu'elle a eue pendant les trois premiers jours. C'est ce qui fait qu'elle a eu envie d'ouvrir le gaz la nuit quand toute la famille dormait. «*Comme cela, il n'y aurait plus eu de problème.*» Durant la seconde visite à domicile, nous avons pu parler avec le père. Finalement, il prend les choses avec philosophie et tente de gérer au mieux. Il n'est pas dans l'angoisse comme sa femme. Alexandra a trouvé une chambre de bonne, le père lui a monté des placards. Elle lui a montré sa garde robe. De ce côté, les choses s'arrangent. Je suis moins inquiet pour le père que pour la mère.

Nous avons fait deux consultations. Les deux personnes de l'association y ont également participé. Dès sa naissance, la mère à dû lutter pour qu'Alexandra ne meure pas. Elle était dans la frayeur. Ce combat a duré plusieurs années. Lors de son adolescence, Alexandra a eu un accident de la route. C'est à nouveau la frayeur pour la mère. L'annonce de sa “transsexualité” a plongé la mère dans un grand désarroi. Une nuit, la mère a vu le frère de son mari qui s'était suicidé quelques temps avant. Il lui a dit quelque chose, mais elle ne se souvient pas. Son mari a gardé l'urne des cendres de son frère. Il ne les a pas répandues dans le champ comme il l'avait promis à son frère de son vivant.

Pour traiter le mort, nous avons demandé que le père aille seul avec Alexandra répandre les cendre de son frère au pied de l'arbre qu'il avait choisi avec sa mort. Pour traiter la frayeur de la mère, nous avons lui demandé de trouver une médaille de Sainte X, du même nom que le frère du père, de la faire bénir, et qu'Alexandra la porte sur elle afin d'être protégée, cela afin de déplacer l'obligation de la protection d'Alexandra de la mère à la sainte. La mère a été apaisée, c'était visible à la seconde consultation. La “transsexualité” d'Alexandra a été abordée, mais nous n'y avons pas touché. Ils n'ont pas souhaité revenir pour une troisième consultation. Un an après, Alexandra a recommencé sa transition. Les relations familiales sont restées stables.

Frédérique: préserver sa famille et aller à son rythme

Elle nous a proposés de venir témoigner de sa situation. Elle occupe un poste élevé dans une administration. Au début, elle voulait que son parcours de transformation soit rapide. Elle avait tout programmé. En deux ans cela devait être réglé. Elle est mariée et a deux enfants avec son épouse. Ses enfants suivent des études supérieures. Elle souhaite qu'ils puissent finir leurs études et elle se rend compte qu'exécuter ses projets en respectant le déroulement chronologique prévu ne le permettrait pas.

Nos échanges, lui ont fait prendre conscience qu'elle pouvait aller à son rythme. C'est comme si elle était dans une gare et qu'elle pouvait prendre le train suivant parce qu'il y aura toujours un train après. Son épouse vient des Antilles et nous l'avons aidé à comprendre le mode de pensée particulier, conséquence de l'esclavage, de la population antillaise. Cela lui a permis de comprendre les réactions parfois explosives de sa femme et de pouvoir mieux gérer la situation.

Maryline: garder les groupes d'appartenances

Maryline est au début de son parcours. Je l'ai plusieurs fois par semaine au téléphone lors de mes permanences téléphoniques. Elle était très anxieuse et encore plus impatiente. Elle se dévalorisait beaucoup tout en surestimant les autres. Elle me parlait de son calcul pour réaliser un suicide qui passe pour un accident auprès de sa famille et je craignais qu'elle puisse se suicider. De confession juive, elle me parlait aussi du syndrome des camps. Au début elle était très bavarde, voire logorrhéique. Heureusement sa conversation n'était pas ennuyeuse. Avec l'accord du groupe de recherche, je lui propose une consultation qu'elle accepte. Deux spécialistes du monde juif nous ont rejoints pour ces consultations. A l'ASB, plusieurs personnes lui ont dit que ce parcours oblige à renoncer à certaines choses, certaines relations. Parfois on perd tout ou partie de sa famille, ses amis, son travail. Elle ne peut pas l'accepter. Elle souhaitait conserver son emploi et faisait tout pour cela. Elle ne voulait pas perdre son lien avec le monde juif non plus, quitte à changer de synagogue. Elle souhaitait également garder ses amis autant que faire se peut. Elle devait donc avoir des stratégies d'annonces de sa “transsexualité” et d'explications qui soient adaptées aux personnes et aux circonstances. Elle redoutait par-dessus tout de perdre sa famille. Elle a rapporté beaucoup d'éléments de son enfance et concernant ses parents et ses grands parents. Son enfance a été difficile à cause d'une santé précaire. Sa scolarité s'en est ressentie mais grâce à l'attention de ses parents et ses efforts elle est parvenue à un bon niveau. Elle est brillante et efficace. Elle gagne bien sa vie et peut raisonnablement envisager de financer ses opérations à l'étranger. Son physique se modifie sous l'action du

traitement hormonal, et cela la rassure. Elle a une très bonne connaissance du monde juif, et les échanges avec nos collègues sont riches. Elle est moins logorrhéique, plus posée.

Depuis qu'elle vient s'entretenir avec nous, elle est moins anxieuse mais elle reste impatiente. Au téléphone, j'essaie de lui permettre de voir les choses d'une façon plus juste, qu'elle cesse de se dévaloriser et de surestimer les autres. De ce point de vue l'écart se réduit progressivement. Le suicide est moins présent dans son discours. Il s'agit là surtout d'un accompagnement.

Caroline: traitement du traumatisme après la transformation

Catherine fréquente l'Association du Syndrome de Benjamin depuis 1995. J'ai remarqué, qu'elle était anxieuse, son moral était fluctuant, elle était en demande affective intense, elle avait besoin de parler. Elle a été maltraitée et carencée affectivement durant son enfance et cela constitue un traumatisme psychologique. Cette problématique qui cohabitait avec un “transsexualisme” et qui n'en était pas la cause, n'était pas pris en charge par son équipe médicale. La mort de sa grand-mère quelque temps après une intervention génitale de réassignation sexuelle ayant entraîné de graves séquelles ont réactivé l'état traumatique. Je lui ai proposé de venir à la consultation du groupe “trauma”, l'une des spécialités de Françoise SIRONI. Elle a fini par accepter. Elle est très volontaire pour améliorer sa situation qu'elle analyse finement.

Le traitement du traumatisme initial (maltraitance et carence affective) permet une amélioration de son état émotionnel. La transition a pu aussi être abordée à travers les problèmes techniques de réinsertion professionnelle. Quand des difficultés qui n'ont pas de rapport avec la question “transsexuelle” persistent, il est utile de les travailler.

Tania: le “transsexualisme” comme symptôme d'un traumatisme sexuel

Tania est notre première consultante, nous la suivons toujours. Réfugié politique d'un pays d'Amérique du Sud, elle présente des symptômes traumatiques, elle est confuse, dispersée. De ce fait, il est difficile d'avoir des informations chronologiques de son histoire. Elle a pu commencer un traitement hormonal mais elle l'a arrêté un an après. Depuis, elle n'a plus de demande de traitement. Elle n'est pas “protégée”. Son appartement est régulièrement cambriolé, elle fréquente des personnes peu sécurisantes pour elle alors que d'autres sont protectrices. Elle a des problèmes de santé. Sa famille lui manquait beaucoup. L'une de nos prescriptions était qu'elle retourne dans son pays afin de revoir sa famille. Il s'est écoulé plus de deux ans pour la mise en place de ce voyage plusieurs fois remis. Il y a quelques

> mois, elle a pu retourner dans son pays et revoir sa famille. Elle a rapporté des éléments auxquels nous n'avions jamais eu accès. Elle nous avait parlé d'un viol à sept ans puis des maltraitances policières du fait de ses activités politiques. Mais elle était toujours “ouverte”. Après son voyage, elle nous a rapporté un viol à l'âge de trois ans par un jeune homme chargé de la garder. Sa mère l'a surpris et l'a renvoyé sur-le-champ. Tania ne se souvient pas de cet événement c'est par sa mère qu'elle en a eu connaissance. Lors des viols, la seule solution pour Tania a été d'accepter une position féminine. Elle en a déduit que la seule façon de survivre pour elle était d'être une femme.

Ne pas s'opposer à un éventuel parcours “transsexuel” a permis, non seulement d'installer une relation de confiance, mais également à ce que tout ne tourne pas autour de cette question. La demande n'est plus une demande de transformation, même si Tania continue de se vernir les ongles.

D'après mon expérience, mon parcours thérapeutique et la clinique du groupe de recherche “trans” au Centre Georges Devereux, je pense que l'on ne peut pas aider les personnes concernées par le syndrome de Benjamin en thérapie en “s'attaquant” à leur “transsexualité” ou à leur sexualité. Il est plus logique et plus efficace de considérer la personne comme n'importe quel autre patient, c'est-à-dire sans discrimination. C'est la personne elle-même qui doit aborder la question “transsexuelle”. C'est seulement à cette condition que cette question pourra vraiment être gérée et le thérapeute pourra compter sur la personne comme alliée. Il ne s'agit pas d'aller contre le syndrome de Benjamin, mais d'accompagner la personne afin qu'elle puisse avoir une décision éclairée dans un sens ou dans l'autre. En effet, la “transsexualité” peut parfois être un symptôme d'une autre difficulté. La personne doit être et se sentir libre. Sans cela le clinicien renforce les défenses de la personne qui le considérera comme un ennemi qui cherche absolument à la faire changer. C'est un piège dans lequel tombe la très grande majorité des “psys”. Avec la question “transsexuelle”, ils cessent d'être cohérents et d'être des cliniciens. Quand on croit voir un symptôme chez un patient, on ne se précipite pas dessus pour le lui ôter, surtout si ce n'est pas un symptôme.

Avant et pendant le parcours “transsexuel”, c'est une aide à l'auto diagnostic qui est la plus fonctionnelle. Les personnes dites “transsexuelles” ont pris l'habitude depuis longtemps de préserver leur sexe psychologique envers et contre tous. Cela entraîne souvent une certaine rigidité qu'il faut tenter d'assouplir et non de renforcer.

Les problèmes les plus fréquents que l'on rencontre chez les personnes “transsexuelles” sont l'anxiété et la dépression. Ceux-ci sont majorés lorsque la “transsexualité” n'est pas

prise en charge. En effet, le décalage entre le sexe anatomique et le sexe psychologique génère une très grande souffrance psychique. La personne ne voyant pas d'issue ni d'amélioration possible peut sombrer dans le désespoir et la dépression. Par ailleurs, lors du commencement du traitement de transformation (prise d'hormones), on observe une amélioration de l'anxiété et une diminution des signes dépressifs.

Pour les personnes qui ont fini leur transformation, une psychothérapie ou un soutien psychologique peut être nécessaire si cela n'a pas été correctement fait avant et pendant le parcours ou si des difficultés de vie le demandent ou persistent. Il est possible d'aider les personnes à clore un parcours de vie traumatisant. Il est très confortable pour le patient de savoir que le “psy” ne se focalise pas sur sa “transsexualité”, qu'il en a connaissance et qu'il est parfaitement à l'aise avec cette éventualité. Cela permet l'établissement d'une relation de confiance où tout pourra être dit et abordé. L'ouverture d'esprit du “psy” est nécessaire afin de ne pas bloquer la parole du patient comme cela se produit trop souvent. Tout cela est beaucoup plus formateur pour le “psy” qui peut apprendre des choses qui, autrement, ne lui seraient pas données.

Un “psy” ne connaissant pas suffisamment la question “transsexuelle” mais ne se sentant pas “menacé” par cette problématique, aura intérêt à travailler, lors de ses consultations avec des personnes “transsexuelles”, avec un représentant du monde “transsexuel”.

7. L'INVERSION D'EXPERTISE: CREATION D'UN CENTRE SPECIALISE

Je pense nécessaire la création d'un centre spécialisé dans les difficultés liées au sexe psychologique, l'identité de genre et le travestissement. Ce centre serait destiné aux personnes “transsexuelles”, transgenres, transvestis, et les personnes en questionnement identitaire. Les professionnels travailleraient avec des “personnes représentant” des différentes catégories qui viendraient consulter au centre.

Le centre collaborerait avec des chercheurs et des universitaires de plusieurs disciplines, parce qu'un travail de recherche pluridisciplinaire sera plus productif. C'est le constat que nous avons fait au Centre Georges Devereux. Nous avons beaucoup à apprendre de ces populations.

L'objectif serait aussi de former des professionnels compétents. Une personne, peut-être une assistante sociale, pourrait aider les personnes dans les démarches de (ré)insertion, donner des informations pratiques pour conserver un emploi, trouver un stage, préparer une reconversion professionnelle, obtenir le RMI... Le public concerné est rarement aisé. Il est donc nécessaire que les services offerts par le centre soient gratuits. Il faudra donc trouver un financement de type subventions.

Suite à des échanges avec des personnes concernées, je pense nécessaire de réétudier le travestissement et les paraphilies avec ce dispositif à la lumière des théories queer et ethnopsychiatrique.

Le degré de civilisation d'une société se mesure à sa capacité à intégrer les marges. Ce sont les marges qui font évoluer les “normes” d'une société. En conséquence, nous avons tout intérêt à connaître et respecter les populations marginales.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association, (1994), *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IV, Critères diagnostic, (Washington DC, 1994), trad. fr.: Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp. 250-252.

Association du Syndrome de Benjamin, (1999), *“transsexuel(le)s”: communiqué de presse*, in L'Identitaire, n°13, pp. 6-7, (ASB - 1, rue Hector Malot - F-75012 Paris).

BOURCIER M-H., (2001), *Queer zones. Politique des identités sexuelles, des représentations et des savoirs*, (Modernes), Paris, Balland, 247 p.

BRETON J., et coll., (1985), *Le transsexualisme: étude nosographique et médico-légale, (Rapport de médecine légale, congrès de psychiatrie et de neurologie*, Besançon 1985), Paris, Masson, 205 p.

CHILAND C., (1997), *Changer de sexe*, Paris, Odile Jacob, 282 p.

CONSEIL DE L'EUROPE, (1995), *Transsexualisme, médecine et droit, XXIIIè colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, 304 p.

CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psycol., n° 159, pp. 190-195.

CZERMAK M., FRIGNET H. et coll., (1996a), *Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme*, (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, 582 p.

CZERMAK M., FRIGNET H. et coll., (1996b), *Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme. Actes des journées du 30 novembre et 1er décembre 1996*, (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, 444 p.

DOUCÉ J. et coll., (1986), *La question transsexuelle*, Paris, Lumière & Justice, 259 p.

DOUCÉ J., (1986), *Quelques observations d'un psychologue praticien*, in La question transsexuelle, DOUCÉ J. et coll. Eds., (1986), Paris, Lumière & Justice, pp. 129-139.

DUAL S., (1999), *Rencontre du troisième sexe*, Editions Gérard Blanc, 239 p.

FAUTRAT P., (2001), *De quoi souffrent les transsexuels?*, (une pensée d'avance), Paris, Editions des archives contemporaines, 142 p.

HOKARD A., (1980), *La transsexualité, quelle(s) solution(s) pour quel problème?*, in La question transsexuelle, DOUCÉ J. et coll. Eds., (1986), Paris, Lumière & Justice, pp. 39-44.

Joëlle, (1999), *Va te faire implanter!*, in L'IDentitaire, n°15, Paris, ASB, p. 2.

LACAN J., (1996), *Entretient avec Michel H.*, in Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme, CZERMAK M., FRIGNET H. et coll. Eds., (1996a), (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, pp. 311-353.

MERCADER P., (1994), *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan, 297 p.

MILLOT C., (1983), *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*, Paris, Point hors ligne, 141 p.

NATHAN T., (1993), *Fier de n'avoir ni pays, ni ami, quelle folie c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, La pensée sauvage, Grenoble, 151 p.

NATHAN T., (1994), *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, 350 p.

NATHAN T., (1997), *Spécificité de l'ethnopsychiatrie*, in La guerre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°34, Grenoble, La pensée sauvage, pp. 7-24.

OMS, (1993a), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostic pour la recherche, Genève, Paris, Masson, pp. 192-199.

OMS, (1993b), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions clinique et directives pour le diagnostic, Genève, Paris, Masson, pp. 123.

PRECIADO B., (2000), *Manifeste contra-sexuel*, (Modernes), Paris, Balland, 157 p.

REID R.W., (1995), *Aspects psychiatriques et psychologiques du transsexualisme*, in Transsexualisme, médecine et droit, XXIIIè colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, CONSEIL DE L'EUROPE Eds., (1995), Strasbourg, Conseil de l'Europe, pp. 25-51.

REUCHER T., (2000), *La sexualité des "transsexuels" (syndrome de Benjamin). Approche ethnopsychiatrique*, mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Nathalie ZAJDE, Université Paris 8, 110 p., et *Annexes*, 129 p. disponibles au Centre Georges Devereux, Paris 8.

Rochelle, (2001), *La normalité... l'anormalité. La vie bascule à une apostrophe près!*, in L'IDentitaire, n° 23/24, p. 4, (ASB c/o Relais 59 - 1, rue Hector Malot - 75012 PARIS).

SERRE A., CABRAL C., CASTELLETTI S., BRUNET J-B., DE VINCENZI I., (1994), *Recherche-action auprès des transsexuels et travestis prostitués à Paris*, in Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 20/94, pp. 89-90.

SIRONI F., (1997), *L'universalité est-elle une torture?*, in La guerre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°34, Grenoble, La pensée sauvage, pp. 43-57.

SIRONI F., (1998), *L'ethnopsychiatrie au service des vétérans russes de la guerre d'Afghanistan*, in Le Journal des psychologues, n°160, septembre 98, pp. 52-57.

SWERTVAEGHER J-L., (1998), *De la transsexualité au transsexualisme: un sacrifice moderne? Approche ethnopsychiatrique de la question transsexuelle*, mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université Paris 8, 117 p., disponible au Centre Georges Devereux, Paris 8.

SWERTVAEGHER J-L., (1999), *Que sont devenues les personnes réassignées. Approche ethnopsychiatrique de la "transsexualité"*, mémoire de DEA de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Tobie NATHAN, Université Paris 8, 140 p., disponible au Centre Georges Devereux, Paris 8.

VANNEREAU D., (1986), *La sémantique et ses mensonges*, in La question transsexuelle, DOUCÉ J. et coll. Eds., (1986), Paris, Lumière & Justice, pp. 127-128.

VAROQUI S., (1985), *Une enquête auprès des transsexuels du C.C.L.*, in La question transsexuelle, DOUCÉ J. et coll. Eds., (1986), Paris, Lumière & Justice, pp. 141-147.

WITTIG M., (2001), *La pensée straight*, (Modernes), Paris, Balland, 157 p.

GLOSSAIRE

Attirance amoureuse et sexuelle: orientation sexuelle (ou choix d'objet), c'est-à-dire hétérosexualité, homosexualité, bisexualité et asexualité (sans attirance).

Crédible, crédibilité: passer dans le sexe revendiqué, avoir acquis les caractères sexuels secondaires de l'autre sexe ce qui fait que la personne “transsexuelle” est reconnue physiquement comme appartenant à son sexe psychologique.

CRS: chirurgie de redétermination sexuelle ou chirurgie de réassignation sexuelle ou chirurgie de réadaptation sexuelle.

Genre: représentation sociale des valeurs féminines et masculines attribuées aux deux sexes et constituant une “norme”.

Identité de genre ou identité sexuée: féminité et masculinité.

Identité sexuelle: appartenance à une catégorie sexuelle identitaire (homosexuelle (gay ou lesbienne), hétérosexuelle, bisexuelle et asexuelle).

Maladie: inverse de syndrome. Ensemble de signes et de symptômes qui caractérisent une problématique médicale dont on connaît la cause et l'origine. Voir syndrome.

Métamorphose: transformation hormonale et, le plus souvent, chirurgicale. Voir transition.

Parcours: période de transformation ou métamorphose physique qui inclu le changement d'état-civil.

Queer: insulte homophobe états unienne.

Rôles sexués ou rôle de genre: comportement social correspondant à chacun des sexes.

Sexe psychologique: sentiment d’être fille/femme ou d’être garçon/homme.

Syndrome: inverse de maladie. Ensemble de signes et de symptômes qui caractérisent une problématique médicale dont on ignore la cause et l'origine. Voir maladie.

Syndrome de Benjamin: SB, “transsexualité”.

Syndrome Benjamin féminin: SBF, "transsexuelle", conversion homme vers femme (MtF male to female).

Syndrome Benjamin masculin: SBM, "transsexuel", conversion femme vers homme (FtM female to male).

Théorie ethnopsychiatrique: théorie psychologique qui permet aux représentants des groupes de prendre la parole et de constituer une inversion d'expertise. Les féministes parlent des féministes, les gays des gays, les lesbiennes des lesbiennes, les transgenres des transgenres, les "transsexuels" des "transsexuels"... Ce ne sont plus des personnes étrangères aux différents groupes qui font du discours "sur" mais des personnes qui parlent de leurs propres groupes. Voir théorie queer.

Théorie queer: théorie sociologique dans laquelle les représentants des groupes prennent la parole et constituent une inversion d'expertise. Les féministes parlent des féministes, les gays des gays, les lesbiennes des lesbiennes, les transgenres des transgenres, les "transsexuels" des "transsexuels"... Ce ne sont plus des personnes étrangères aux différents groupes qui font du discours "sur" mais des personnes qui parlent de leurs propres groupes. Voir théorie ethnopsychiatrique.

Transformation: hormonale et, le plus souvent, chirurgicale. Voir transition.

Transition: parcours de changement de sexe. Voir transformation.

Trans: "<u>trans</u>sexuels/les", <u>trans</u>genres et <u>trans</u>vestis. Il y a autant de différence entre "transsexuel" et transgenre qu'entre "transsexuel" et transvesti et qu'entre transgenre et transvesti. Bien qu'ayant des points communs, ce sont des réalités différentes. Voir "transsexuel", "transsexuelle", transgenre, transvesti.

Transgenre: Même s'ils y réfléchissent, les transsexuels/les ne remettent pas en cause les rôles sexués ni les genres, ce qui n'est pas le cas des transgenres qui ne cherchent pas forcement à être reconnus socialement comme femme ou homme. Leur positionnement est plus politique car ils remettent en cause les genres. Ils peuvent modifier tout ou partie de leur corps, prendre ou non des traitements hormonaux. Contrairement aux "transsexuels/les", les transgenres ne revendiquent pas forcément un changement d'état-civil (sexe et prénom(s)). Ils ne cherchent pas à correspondre à un genre en particulier. Ils peuvent changer de genre selon leur besoin. En ce sens ils

réalisent une performance de genre. Les deux groupes utilisent des techniques de transformation corporelles.

“Transsexuel”: syndrome Benjamin masculin, SBM, conversion femme vers homme (FtM female to male).

“Transsexuelle”: syndrome Benjamin féminin, SBF, conversion homme vers femme (MtF male to female).

Transvesti/e ou travesti/e: les deux termes recouvrent la même réalité. Port des habits de l'autre sexe d'une façon non continue, pas de modification corporelle (hormones, chirurgie). Contrairement à l'idée répandue, les femmes sont aussi concernées.

MOTS CLES

Transsexuelle, transsexuel, transsexualité, transsexualisme, syndrome de Benjamin, ethnopsychiatrie, théorie queer, traumatisme, psychothérapie, psychopathologie, diagnostic, auto diagnostic.

RESUME

La rencontre avec la théorie queer m'a permis de donner une autre dimension à la question “transsexuelle”. Ainsi la sociologie rejoint l'ethnopsychiatrie. La théorie queer est à la sociologie ce que l'ethnopsychiatrie est à la psychologie.
Les paroles performatives, pourtant étudiées en Deug et licence, ne me sont pas apparues aussi pertinentes qu'à la lumière de la théorie queer. Ainsi, je trouve qu'elles rejoignent les paroles agissantes de Lucien HOUNKPATIN (dont je n'ai pas les références, je crois que c'est sa thèse).
L'inversion d'expertise est l'autre volet où se rencontrent ces 2 théories.

L'effraction que provoque la question “transsexuelle” chez les différents interlocuteurs que rencontrent les “transsexuels” relève de la frayeur. Elle est visible chez les experts “psys” et transparaît dans leurs écrits. De ce fait ils ont une vision déformée de la question “transsexuelle”, et restent accrochés à des théories inefficaces pour la comprendre. Ils ne peuvent pas offrir d'aide adaptée aux personnes concernées. Ils montrent une profonde méconnaissance de la question “transsexuelle” et sont incapables d'apprendre de leurs patients. Leur approche diagnostique qui découle de leur vision les maintiennent 20 ans en retard, et la rigidité de leurs critères n'évite pas les erreurs, tout en faisant souffrir inutilement les personnes par des pratiques qui constituent une “véritable maltraitance” théorique au sens de Françoise SIRONI.
Je donne des exemples de façon de faire avec des personnes qui se disent “transsexuelles”, ainsi que des témoignages qui étayent mes propos.

Je décris la pratique du groupe de recherche et des suivis que nous avons eu et leurs effets.

Pour finir, je propose de mettre en oeuvre l'inversion d'expertise par la création d'un centre spécialisé dans l'accompagnement, l'aide au diagnostic, la psychothérapie et le suivi des personnes “transsexuelles”, transgenres, transvesties et les personnes en questionnement identitaire. Gratuité des services pour les usagés, collaboration avec des chercheurs et des universitaires de plusieurs disciplines pour la recherche, formation de professionnels compétents, seraient parmi ses principaux objectifs.

Le degré de civilisation et d'humanisme d'une société se mesure à sa capacité à intégrer les marges, à accepter la diversité et la complexité des humains. Ce sont toujours les personnes situées au-delà des modèles conformistes qui font évoluer les normes d'une société. Nous avons beaucoup à apprendre de ces populations.