



**HAL**  
open science

# Entre Romain et Romane, approche psychomotrice de la quête d'identité du sujet transsexuel

Alice Lescher

► **To cite this version:**

Alice Lescher. Entre Romain et Romane, approche psychomotrice de la quête d'identité du sujet transsexuel. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018421

**HAL Id: dumas-01018421**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018421>**

Submitted on 4 Oct 2014

**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.



UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention  
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

# Entre Romain et Romane

Approche psychomotrice de la quête d'identité  
du sujet transsexuel

Lescher Alice

Née le 3 novembre 1990 à Bordeaux

Juin 2014

## Remerciements

Je tiens à remercier :

Denis Grabot, mon maître de stage et directeur de mémoire, pour la richesse de nos échanges et sa disponibilité tout au long de l'année.

Sophie Boulon et Magali Verger qui m'ont accueillie en stage et dont les réflexions m'ont permis de cheminer.

toutes les personnes que j'ai rencontrée au sein de l'unité Transgender et de l'association Trans 3. 0. et qui se sont prêtées au jeu. Sans elles, ce travail de recherche n'aurait pas été possible.

Caroline, Cathy, Camille, Charline, Claire, Cloé, Elliott, Flory, Léa, Louisane, Marin, Marine, Mathilde, Niyaz, Timéo, Yannis... ainsi que Mesdames Jihane Benaabou et Marceline Dutamby.

Sur mes cahiers d'écolier  
Sur mon pupitre et les arbres  
Sur le sable de neige  
J'écris ton nom

Sur chaque bouffée d'aurore  
Sur la mer, sur les bateaux  
Sur la montagne démente  
J'écris ton nom

Sur la mousse des nuages  
Sur les sueurs de l'orage  
Sur la pluie épaisse et fade  
J'écris ton nom

Sur les sentiers éveillés  
Sur les routes déployées  
Sur les places qui débordent  
J'écris ton nom

Sur mes refuges détruits  
Sur mes phares écroulés  
Sur les murs de mon ennui  
J'écris ton nom

Et par le pouvoir d'un mot  
Je recommence ma vie  
Je suis né pour te connaître  
Pour te nommer  
Liberté

Extrait de « Liberté », Poésies et vérités, Paul Eluard, 1942.

# SOMMAIRE

---

INTRODUCTION .....	1
I. Penser la non-concordance sexe-genre .....	2
I-1- Identité, sexe et genre, identité de genre ; évolutions des conceptualisations .....	2
I-2- Le parcours de soins : une réponse médicale à la dysphorie de genre.....	11
II. Intrication identité-image du corps chez les sujets transsexuels .....	23
II-1- Des changements sociétaux propices à la reconnaissance identitaire des sujets transsexuels.....	23
II-2- Le corps et ses images abordés comme vecteurs de l'identité du sujet.....	24
II-3- Quand la dysphorie de genre s'en prend au corps .....	24
II-4- Le travestissement comme solution provisoire .....	26
II-5- Les images du corps.....	27
II-6- Organisation des images .....	29
III. Une méthodologie pour appréhender la qualité des images du corps .....	34
III-1- L'entretien .....	34
III-2- Le bilan psychomoteur .....	37
IV. L'abord psychomoteur comme une possibilité d'action sur les images du corps .....	43
IV-1- Le modèle de la métamorphose.....	43
IV-2- Ouvrir à la multiplicité en soi : être soi au-delà d'être homme ou femme.....	44
IV-3- Comment faire pour aller dans cette direction ? .....	47
V. Entre Romain et Romane.....	52
V-1- Anamnèse.....	52
V-2- Compte-rendu du bilan psychomoteur .....	55
V-3- Objectifs de suivi en psychomotricité .....	58
V-4- Résumé des six séances en Psychomotricité.....	59
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXES .....	69

# INTRODUCTION

---

« *Quand je me regarde dans le miroir, j'ai l'impression que ce n'est pas moi* », « *comme un oiseau en cage... je me sens enfermé, comme en prison* ». Ce que décrit cette personne illustre la problématique du sujet transsexuel qui correspond au **désir de vivre et d'être accepté comme une personne appartenant au sexe opposé à son sexe génétique**.

Par cette définition, on peut imaginer que ce n'est pas seulement un refus du sexe d'origine ou de questions touchant à l'orientation sexuelle. Le sujet vit et subit un décalage important et douloureux entre ce qu'il ressent et perçoit de lui-même et ce que lui renvoie son environnement. Il s'agit donc de **questions identitaires**, l'image du corps n'étant alors qu'une des composantes de cette identité.

Pourquoi proposer une approche psychomotrice de cette problématique ? Chez les sujets transsexuels que j'ai pu rencontrer, ressort d'emblée une **histoire corporelle douloureuse** qui prend racine dès l'enfance du sujet, un mal-être et une difficulté à composer au quotidien avec ce corps « *prison* », réalité physique et matérielle renvoyée par le miroir.

Ainsi, psychomotricien et sujet se questionnent : qu'est-ce qui nous fait homme ou femme ? Qu'est-ce qui fait que d'emblée, nous pouvons attribuer un genre à la personne en face de nous : selon sa corpulence, les traits de son visage, les détails de son apparence, de son attitude, sa manière de se comporter, de parler...

En ouvrant une **position nouvelle à l'endroit du dualisme corps/esprit**, un accompagnement en psychomotricité aurait ainsi pour enjeu de permettre au sujet d'élaborer son **propre monisme**, subjectif, singulier. Il s'agit également d'offrir la possibilité au sujet d'expérimenter un vécu corporel autre et ainsi d'exprimer ce qu'il a envie d'exprimer de sa réalité de sujet, dans un mouvement allant dans le sens d'un dépassement du fait d'être homme ou femme au profit d'être soi.

# I. Penser la non-concordance sexe-genre

---

Cette première partie permettra de retracer l'évolution des conceptualisations concernant le transsexualisme en précisant quelques définitions.

## I-1- Identité, sexe et genre, identité de genre ; évolutions des conceptualisations

### A) L'identité

L'identité<sup>1</sup> est un terme **polysémique**. Selon les définitions données par le Petit Robert, il évoque d'une part la **similitude** (caractère de ce qui est identique), **l'unité** (caractère de ce qui est « un »), **la permanence** (caractère de ce qui reste identique à soi-même).

D'autre part, il évoque la reconnaissance de la singularité et **l'individualisation** c'est-à-dire le fait pour une personne d'être tel individu et reconnu comme tel, sans nulle confusion grâce aux éléments qui l'individualisent.

Certains de ces éléments d'identification sont repris dans une carte d'identité présentée dans toutes les situations où l'individu doit **justifier qui il est**. Cette carte définit les caractéristiques propres de la personne à partir de son nom, ses prénoms, son sexe, sa nationalité, sa taille, son adresse.

Une mention spéciale est prévue pour déterminer les « signes particuliers », c'est-à-dire les particularités permettant de le distinguer de ses semblables.

La mention du sexe (M ou F) figurant sur la carte d'identité fait l'objet de nombreux débats à l'heure actuelle qui s'expliquent par une volonté de ne plus voir le sexe et le genre de manière binaire.

---

<sup>1</sup> V. de Gaulejac, *Identité, vocabulaire de psychosociologie, références et positions*, Érès, Paris, 2002.



## B) Du sexe génétique à l'identité de genre

Selon V. Rouyer, « *le sexe est au commencement issu de la biologie : il possède une réalité génétique puis gonadique avant de devenir sexe corporel sous la forme d'organes génitaux internes, externes (ou caractères sexuels primaires) et de caractères sexuels secondaires* ».

Ainsi, le **sexe chromosomique** est déterminé par l'existence d'une paire d'hétérochromosomes XX chez la femme et XY chez l'homme. Jusqu'à la sixième semaine de développement intra-utérin, les embryons mâles et femelles possèdent tous deux l'équipement nécessaire au développement d'organes génitaux mâles et femelles (stade indifférencié). On observe ensuite, dans la majorité des cas, une **différenciation des gonades** vers un sexe anatomique ou l'autre.

Il en découle le **sexe gonadique** correspondant aux ovaires et aux testicules. Ces caractères sexuels primaires produisent des gamètes différents, ovules et spermatozoïdes, mais aussi des **hormones** femelles (œstrogènes et progestérone) et mâles (testostérone principalement). Elles conditionnent le développement des **caractères sexuels secondaires** à la puberté. Chez la **jeune fille**, la poitrine et la pilosité (pubienne puis axillaire) se développent, les premières règles apparaissent. Chez le **jeune garçon**, on note une augmentation du volume testiculaire et des dimensions de la verge, l'apparition des érections, une mue de la voix ainsi qu'un développement de la pilosité (pubienne, axillaire, faciale et au niveau du torse).

A la naissance, on parle de **sexe légal** assigné au nourrisson en se basant sur ses organes génitaux. C'est cette mention de sexe qui figurera sur l'état civil et la carte d'identité. C'est-à-dire qu'à un sexe anatomique (mâle ou femelle), on fait correspondre un genre (masculin ou féminin).

Le genre peut être défini comme « *l'ensemble **construit** des **rôles** et des **responsabilités sociales** assignées aux femmes et aux hommes à l'intérieur d'une culture donnée à un moment précis de son histoire* »<sup>2</sup>. Qui dit construction, dit dé-construction possible comme l'aborde le « *on ne naît pas femme, on le devient* » de S. de Beauvoir.

---

<sup>2</sup> A. Alessandrin, K. Espineira, M-Y Thomas, *la transyclopédie, tout savoir sur les transidentités*, des Ailes sur un Tracteur, Ajaccio, 2012, p. 180.

Pour certains, le découpage des genres renvoie à une impossible assignation à résidence. La carte (sexe anatomique) ne suit pas le territoire (identité de genre). Ce dernier est beaucoup plus vaste, mouvant. Il préfigure et dépasse ce que la carte tente d'en représenter<sup>3</sup>.

Ainsi, M. Foucault s'interroge :

*« Avons-nous vraiment besoin d'un **vrai sexe** ? Avec une constance qui touche à l'entêtement, les sociétés de l'Occident moderne ont répondu par l'affirmative. Elles ont fait jouer obstinément cette question du « vrai sexe » dans un ordre des choses où on pouvait s'imaginer que seules comptent **la réalité des corps et l'intensité des plaisirs...** »*

C'est alors que le concept d'**identité de genre**, inventé par R. Stoller, fait son entrée pour tenter de dépasser la binarité masculin/féminin et de rendre compte de la réalité complexe et polymorphe du sujet.

L'identité de genre est définie comme **l'expérience intime et personnelle** de son genre, profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la **conscience personnelle du corps** (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autre) et d'autres expressions du genre, y compris **l'habillement**, le **discours** et la **manière de se conduire**.<sup>4</sup>

En 2013, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme préconise de remplacer, dans le droit français, le terme « d'identité sexuelle » par celui « d'identité de genre »<sup>5</sup>.

F. Sironi utilise, quant à elle, l'expression de « vie psychique du genre » pour désigner la manière subjective que le sujet a de vivre le genre, tel qu'il se révèle à lui. Ainsi, penser la vie psychique du genre passe par un travail **libératoire de déconstruction** des possibles **contraintes**, résistances, désirs ou rejets des normes construites en dehors de soi.

---

<sup>3</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011.

<sup>4</sup> A. Alessandrin, K. Espineira, M-Y Thomas, *la transyclopédie, tout savoir sur les transidentités*, des Ailes sur un Tracteur, Ajaccio, 2012, p. 32.

<sup>5</sup>L. Neuer, [http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/laurence-neuer/l-identite-de-genre-pourrait-bientot-remplacer-l-identite-sexuelle-05-07-2013-1700951\\_56.php](http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/laurence-neuer/l-identite-de-genre-pourrait-bientot-remplacer-l-identite-sexuelle-05-07-2013-1700951_56.php)

La vie psychique du genre concerne tout un chacun « *les hétérosexuels comme les homosexuels, les sujets « bien assis » dans la dichotomie des genres (hommes/femmes), tout comme les sujets transidentitaires* ». <sup>6</sup>

#### a) Définitions

Posons à ce stade quelques définitions pour la clarté de l'analyse.

La **non-conformité de genre** correspond à une identité, un rôle ou l'expression d'un genre qui diffère de la norme culturelle prescrite pour les personnes déterminées.

- La **transidentité** est la catégorie générale pour désigner l'ensemble des expériences de passage entre les genres. Elle regroupe donc en son sein la transsexualité, les vécus transgenres.

La **transsexualité** désigne le fait de se sentir généralement appartenir à **un seul genre**, celui-ci étant différent du sexe biologique assigné. Les sujets transsexuels ont généralement recours à une transformation d'eux-mêmes : la réassignation hormono-chirurgicale (également appelée « transition ») que je détaillerai ultérieurement.

**Sujet transsexuel Male to Female (MtF) ou Homme-vers-Femme** : individu assigné en tant qu'homme à la naissance qui change ou a changé son corps et/ou son rôle de genre vers un corps et/ou un rôle plus féminin.

**Sujet transsexuel Female to Male (FtM) ou Femme-vers-Homme** : individu assigné en tant que femme à la naissance qui change ou a changé son corps et/ou son rôle de genre vers un corps et/ou un rôle plus masculin.

**Transgenre** : cet adjectif désigne un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du sexe d'assignation à la naissance.

L'expression **transgenre** désigne des « passeurs de mondes » entre genres, mais ces passeurs de monde ne se sentent pas assignés à résidence dans un genre donné. Ce sont des sujets à appartenances multiples. Les personnes transgenres habitent tous les possibles, au-delà de la binarité des catégories de genre masculin/féminin.

---

<sup>6</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 15.

Elles peuvent suivre un traitement hormonal et ne jamais avoir recours à la réassignation chirurgicale. Elles sont mouvantes, fluides dans ces expériences de passage. La littérature anglo-saxonne parle d'ailleurs de *transgender umbrella* (« parapluie transgenre ») pour désigner ce large volet des identités de genre possibles.

Le terme de transsexualité est mal approprié car il ne rend pas compte du fait que c'est l'identité de genre du sujet et non seulement son orientation sexuelle qui est en jeu. Il serait plus exact de parler de « transidentité » passage d'une identité de genre à une autre. Seulement, l'usage a fait que c'est le terme « transsexualité » qui est couramment utilisé pour désigner l'expérience de transformation de soi avec recours hormono-chirurgical, c'est donc le terme que j'utiliserai pour désigner les sujets que j'ai rencontrés.

Les termes de cisidentité, cissexuel et cisgenre ont été inventés, par la suite, pour qualifier les expériences « non-Trans ».

- Il s'agit également de différencier la transidentité de **l'intersexualité** qui correspond à un trouble de la différenciation sexuelle qui renvoie à la condition somatique d'un développement atypique du système reproductif, à une **ambigüité génitale**.

#### *b) Données épidémiologiques*

Il existe très **peu de chiffres** concernant le nombre de sujets transidentitaires en France et ailleurs. Les associations<sup>7</sup> font état de **40.000 à 60.000 personnes**, un chiffre qui englobe ceux qui ont commencé à prendre des hormones et ceux qui se sont fait opérer pour changer de sexe.

Une étude réalisée en 2010 par A. Giarni, indique une **prééminence certaine des sujets transidentitaires non opérés (61%)**.

L'étude de G. DeCuyper et coll. menée en 2007 indique également que dans l'échantillon, les FtM représentent 25,2% de l'effectif total et les MtF 74,8%. Ces chiffres rejoignent ceux retrouvés au sein de l'unité Transgender qui font état de **75%** de sujets **MtF** contre **25%** de sujets **FtM**. Les sujets transsexuels Male to Femelle sont donc plus largement représentés au sein de l'unité Transgender ce qui m'a conduit, pour des

---

<sup>7</sup> France Info <http://www.franceinfo.fr/france-societe-2007-10-06-les-transsexuels-dans-la-rue-contre-la-psychiatisation-19825-9-12.html>

raisons pratiques, à centrer mon étude uniquement sur cette population. J'ai choisi, par respect pour leur identité de genre, de parler de ces personnes au féminin.

### C) Historique médical

#### a) *Avant la Première Guerre Mondiale*

K. Heinrich Ulrichs avance en 1879, dans un tableau des déviations sexuelles, le fait que le désir sexuel pour une personne de même sexe va de pair avec le désir d'être de sexe différent. Ainsi, les premières recherches concernant la transsexualité seront concomitantes à l'étude scientifique de l'homosexualité.

En 1886, le médecin allemand R. von Krafft-Ebing décrit de manière très complète, les **troubles de la vie sexuelle** dans un ouvrage intitulé *Psychopathia sexualis*.

M. Hirschfeld, médecin et sexologue berlinois, fonde le Comité Scientifique humanitaire en 1897, une organisation d'aide aux homosexuels et à ceux dont les différences sexuelles sont considérées comme pathologiques. Il invente le terme de « transsexualité » en 1912.

#### b) *A partir de la Première Guerre Mondiale*

A cette époque, la science entre dans une période de recherches denses sur « l'hermaphrodisme<sup>8</sup> » et le fonctionnement endocrinien dans une tentative de définir le sexe et la sexualité par les hormones.

En 1923, le psychiatre berlinois A. Moll distingue alors l'homosexualité d'un trouble décrit comme « la façon de se sentir sexuellement contraire ».

#### c) *1950 : le terme de transsexualisme signe le début de la psychiatisation et les premiers programmes*

En 1953, le médecin endocrinologue H. Benjamin reprend cette approche et différencie très nettement la transsexualité de l'homosexualité. Il crée le terme de **transsexualisme**. En définissant ainsi une entité nosographique, il légitime le vécu des personnes transsexuelles.

---

<sup>8</sup> Hermaphrodisme : présence normale et fonctionnelle des deux sexes dans le même individu, animal ou végétal, qui produit les deux catégories de gamètes, mâles et femelles.

On donnera, par ailleurs, son nom au **syndrome** qualifiant le transsexualisme (« syndrome de Benjamin »). Il admet ne pas en connaître la cause et évoque que l'approche la plus satisfaisante pour le sujet est celle basée sur la sexologie et l'hormonothérapie. Il rejette une approche psychothérapeutique, notamment causaliste, psychanalytique.

A cette époque, le cas de Christine Jorgensen est largement médiatisé (notamment aux Etats-Unis). Elle débute une hormonothérapie en 1950 au Danemark et bénéficie d'une vaginoplastie 4 ans plus tard. Elle retrace son parcours dans *Une autobiographie personnelle* qui détermine les conditions de compréhension et de discussion de la transsexualité par le grand public pour les décennies à venir et dont la préface est écrite par le Dr H. Benjamin<sup>9</sup>.

Le psychiatre P. Breton écrit que « *le transsexualisme est une affection mentale rare qui consiste chez un sujet normalement constitué, en la conviction d'appartenir au sexe opposé. Cette conviction est précoce, permanente et inébranlable* ». <sup>10</sup> Il avance le fait que le traitement hormonal et chirurgical ainsi que le changement d'état civil semblent améliorer l'état du sujet et permettent de faire disparaître des complications telles que la **dépression**, l'**anxiété**, ainsi que les **tentatives de suicide** et d'**auto-castration**. Enfin, comme H. Benjamin, il évoque que l'on ne connaît pas l'étiologie du transsexualisme.

En France, en **1979**, les premiers programmes hospitaliers viennent encadrer les demandes de transition. Ils résultent d'une association entre des chirurgiens, des psychiatres et des endocrinologues. Ils se réfèrent à la nomenclature psychiatrique en l'occurrence, au DSM III<sup>11</sup> qui introduit la notion de transsexualisme dans la sous-catégorie des « **troubles de l'identité sexuelle** » appartenant à celle des « troubles psychosexuels ». Le transsexualisme est ainsi vu comme une pathologie. En proposant un diagnostic et un suivi, ils assurent un **remboursement des opérations** par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

---

<sup>9</sup> P. Califia, *Le mouvement transgenre, changer de sexe*. Epel Eds. 2003.

<sup>10</sup> A. Alessandrini, K. Espineira, M-Y Thomas, *la transyclopédie, tout savoir sur les transidentités*, des Ailes sur un Tracteur, Ajaccio, 2012, p. 249.

<sup>11</sup> **DSM** : Diagnostic and Statistical Manual ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Pour P. Fautrat, le transsexualisme est alors associé à la souffrance depuis l'enfance, la binarité dans un premier temps corrélée à l'hétérosexualité, l'absence de sexualité et le rejet de son sexe.

La CIM<sup>12</sup> inclut pour la première fois le transsexualisme et les troubles de l'identité de genre en 1992. Le transsexualisme appartient à la rubrique « troubles mentaux et du comportement » parmi les « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte » sous l'intitulé « troubles de l'identité sexuelle ».

#### *d) Vers une dépsychiatriation*

En 2010, la WPATH<sup>13</sup> publie une déclaration exhortant à la dépsychopathologisation de la non-conformité de genre à travers le monde. « *Être transsexuel, transgenre ou de genre non-conforme est une question de diversité, pas de pathologie.* » Elle souligne que l'expression des caractéristiques de genre, identités incluses, qui ne sont pas associées au sexe d'assignation de naissance de manière stéréotypée, est un **phénomène humain connu** et **culturellement diversifié** et ne doit pas être considéré comme intrinsèquement pathologique ou négatif.

La WPATH précise qu'il y a cependant une stigmatisation rattachée à la non-conformité de genre dans de nombreuses sociétés à travers le monde, ce qui est peut être source de préjugés et de discrimination menant à un « stress de minorité »<sup>14</sup>. Ce stress de minorité peut rendre les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme **plus vulnérables** produisant des symptômes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression et menant à une détresse psychologique.

Ainsi, le DSM IV parle de « **trouble de l'identité de genre** », terme qui sera remplacé par celui de « **dysphorie de genre** » dans les versions ultérieures. La WPATH souligne que les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme ne sont pas des personnalités pathologiques. C'est plutôt la détresse liée à la dysphorie de genre, quand elle est présente, qui est l'élément préoccupant à diagnostiquer et pour laquelle les différentes options de traitement sont disponibles.

---

<sup>12</sup> CIM : Classification internationale des maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé

<sup>13</sup> WPATH : World Professional Association for Transgender Health

<sup>14</sup> Le stress de minorité renvoie à la relation entre une minorité et les valeurs dominantes, résultant en un conflit avec l'environnement social expérimenté par les membres du groupe minoritaire.

L'existence d'un diagnostic de dysphorie facilite souvent l'accès au système de soins et peut guider des recherches de traitement efficaces.

La **dysphorie de genre** renvoie à **l'inconfort ou la souffrance** liée à une non-concordance marquée entre le genre assigné et les expériences de genre vécues d'au moins **6 mois**. Deux sous-types de dysphorie sont distingués : celle avec trouble de la différenciation sexuelle et celle sans.

Cependant, seule une partie des personnes de genre non-conforme feront l'expérience d'une dysphorie de genre à un moment de leur vie. La dysphorie de genre est en grande partie **atténuée par le traitement**. Si les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme peuvent faire l'expérience de la dysphorie de genre à un moment donné de leur vie, de nombreux individus recevant un traitement trouveront le rôle et l'expression de genre qui leur convient.

Pour suivre cette volonté de dépsychiatriser le transsexualisme, un décret d'application a fait passer, en février 2010, en France, le remboursement par Affection Longue Durée du transsexualisme d'une ALD 23 (affection psychiatrique de longue durée) à une **ALD 31** (affection de longue durée hors-liste).

Bon nombre de personnes transsexuelles occupent aujourd'hui des fonctions importantes dans la haute administration, dans de grandes sociétés, en médecine et dans d'autres domaines professionnels sans que leurs compétences intellectuelles ou managériales ne soient remises en question.

L'historique décrit précédemment montre quelles réflexions ont mené à proposer des parcours de réassignation hormono-chirurgicale (réassigner au sens « d'attribuer de nouveau » une catégorie de genre, celle à laquelle le sujet se sent appartenir)<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 28.



## I-2- Le parcours de soins : une réponse médicale à la dysphorie de genre

En 2009, suite au rapport édité par la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la prise en charge du transsexualisme, le ministère de la Santé met en place un **groupe de réflexion pilote** dont les objectifs sont :

- De mieux comprendre les attentes des associations et des personnes concernées d'une part, des médecins, hospitaliers et libéraux d'autre part, afin d'identifier les voies de **conciliation** ;
- D'analyser les **difficultés rencontrées** par les personnes avant, pendant et après leur transition dans leur parcours de soins mais également leur vie professionnelle, sociale, administrative ;
- De discuter de l'opportunité de la mise en place de « **centres de références** », sur le modèle des centres désignés pour les maladies rares, et le cas échéant, élaborer des pistes alternatives d'organisation des soins permettant une **amélioration de la prise en charge** du transsexualisme.

En 2010, est créée la SoFECT<sup>16</sup>, association visant à réunir les praticiens des équipes hospitalières françaises dans le but d'harmoniser leurs pratiques conformément à ce qui est écrit dans le rapport de l'HAS. Il existe 6 équipes en France à Nice, Montpellier, Marseille, Bordeaux, Lyon et Paris.

### A) Présentation de lieu de stage

Le stage expérimental que j'ai effectué se déroulait au sein de **l'unité fonctionnelle Transgender** (rattachée au Centre Hospitalier) qui fonctionne avec la charte de la SoFECT. L'activité de l'unité a débuté en janvier 2011. Elle est chargée de **l'évaluation** et du **suivi** des personnes transsexuelles demandeuses d'un traitement hormono-chirurgical. Elle est composée d'une psychiatre et d'une psychologue, toutes deux à temps partiel.

---

<sup>16</sup> **SoFECT** : Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme

L'unité Transgender fait partie de **l'équipe pluridisciplinaire** du centre hospitalier se composant d'un médecin endocrinologue, d'un urologue, de deux chirurgiens (pour la prise en charge des réassignations homme/femme, femme/homme), de deux chirurgiens maxillo-faciaux ainsi que d'un avocat. Elle se réunit quatre à six fois par an, pour des réunions d'indication thérapeutique.

## B) Organisation du parcours

Le parcours de réassignation avec hormono-chirurgie comporte plusieurs étapes dont certaines peuvent être concomitantes selon le choix des personnes concernées.

### *a) Première phase : la révélation<sup>17</sup>, entrer ou non dans le parcours de réassignation ?*

Pour F. Sironi, pouvoir **mettre un nom** sur ce que le sujet ressent est souvent vécu comme une révélation. La plupart du temps, le sujet est informé de l'existence de la transidentité via une émission de télévision, un article de journal ou un site Internet - plus rarement par un médecin ou un psychologue. Les sites Internet ont une importante fonction d'information et leur consultation peut déboucher sur la prise de contact avec les associations s'occupant de personnes transidentitaires.

L'histoire du mouvement associatif transidentitaire a débuté en France après la Seconde Guerre Mondiale. Dans un premier temps, il s'agissait plutôt d'associations d'entraide aux propositions marginalisées. A l'heure actuelle, elles sont de véritables **interfaces d'action** et de **visibilité**, combattant pour une approche respectueuse de leur vécu.<sup>18</sup>

Elles ont pour vocation d'informer et de conseiller. Elles fonctionnent également comme **groupes d'auto-support** et lieux de **socialisation** et ont un rôle **protecteur** évitant au sujet de se penser comme « anormalement à part, différent, voire malade ». Elles tiennent une documentation précise sur la réputation et le sérieux de tel ou tel psychiatre, chirurgien, endocrinologue...

---

<sup>17</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 91.

<sup>18</sup> Ibid., p. 92.

J'ai ainsi pu assister à quelques réunions de l'association bordelaise **Trans 3.0.**, créée dans le but d'apporter du **soutien** à toutes les personnes confrontées à des situations transidentitaires.

Les valeurs défendues par cette association sont les suivantes : « *porter un regard neuf sur la transidentité à partir de **l'identité de genre** et en s'appuyant sur le féminisme, en affirmant des valeurs fondamentales comme le **respect** des choix individuels, le déploiement de parcours médicaux respectueux et diversifiés, l'accès simplifié au changement d'état civil... en affirmant une éthique trans respectueuse de chaque identité, **sans stigmatisations**. Une sorte de vérité dans la diversité, apprendre à s'allier malgré nos différences* ».

Les échanges au sein de l'association m'ont permis d'aborder un point de vue autre que celui proposé par l'équipe médicale, enrichissant ainsi ma réflexion sur le sujet. Cela m'a également permis de rencontrer certains adhérents et de trouver des personnes volontaires pour participer à l'élaboration de ce travail de recherches.

#### *b) Phase d'évaluation : diagnostic et expérience en vie réelle*

La première étape de la prise en charge des sujets transsexuels consiste généralement à prendre rendez-vous avec la psychiatre qui évalue et **diagnostique la dysphorie de genre** selon les critères spécifiés dans le DSM ou dans la CIM. La psychiatre fait passer au sujet faisant la demande d'entrer dans le parcours de soin un **M.I.N.I.5.0.0**<sup>19</sup>. C'est un entretien structuré à visée diagnostique permettant d'explorer de façon standardisée chacun des critères nécessaires à l'établissement des principaux diagnostics psychiatriques tels qu'ils sont définis dans le DSM-IV.

Il s'agit, par la suite, de réaliser un suivi régulier (environ une fois par mois) pour l'accompagner dans ses démarches.

La psychologue fait passer au sujet un **inventaire de personnalité** (le M.M.P.I.2.)<sup>20</sup>. Il permet d'identifier la dynamique psychologique du sujet (troubles psychopathologiques, troubles de la personnalité et tendances comportementales associées).

---

<sup>19</sup> **M.I.N.I.5.0.0** : Mini International Neuropsychiatric Interview (version CIM 10, OMS, 1998) développé par Y. Lecrubier et ses collaborateurs.

<sup>20</sup> **M.M.P.I.2** : Minnesota Multiphasic Personality Inventory ou inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2.

La seconde étape est **l'expérience en vie réelle** qui étudie la capacité à vivre dans le rôle désiré. Elle permet de mettre à l'épreuve la persistance de la demande pour la chirurgie. Durant cette période, le sujet doit vivre dans le rôle du sexe désiré dans les activités quotidiennes, sociales et professionnelles, et montrer son intégration sociale dans ce rôle. Il doit choisir un nouveau prénom et informer les membres de sa famille du changement prévu.

Les bilans, associés à un temps prolongé d'**observation**, permettent d'éliminer tout diagnostic différentiel (tel qu'un trouble psychotique ou un trouble de l'humeur non stabilisé) qui peuvent constituer des facteurs de mauvais pronostic quant aux effets du traitement. Aucune décision de traitement hormonal n'est prise **avant 6 mois de suivi**.

### *c) Hormonothérapie*

L'hormonothérapie correspond à **l'administration d'hormones exogènes** afin de supprimer les caractères sexuels secondaires du sexe d'origine puis d'induire ceux du sexe opposé.

#### Critères pour l'hormonothérapie

Une évaluation médicale initiale (interrogatoire, examens cliniques et biologiques) permet de s'assurer qu'il n'y a pas de **contre-indication médicale** au traitement hormonal et d'obtenir les données de base permettant de suivre et d'adapter le traitement.

La prescription et le suivi sont effectués de préférence par un médecin endocrinologue qui adapte les doses avant la chirurgie de réassignation jusqu'à l'obtention des doses optimales après la chirurgie de réassignation. Au-delà, le relais peut-être pris par le médecin généraliste du sujet, une consultation au moins **annuelle** avec l'endocrinologue est recommandée.

#### Principes du traitement hormonal féminisant

A ce jour, aucun essai clinique contrôlé sur les protocoles hormonaux n'a été conduit pour évaluer la sécurité et l'efficacité des changements physiques induits. Il existe donc plusieurs protocoles. Le protocole le plus courant correspond à une combinaison d'œstrogènes et d'anti-androgènes.

- Avant l'orchidectomie, le traitement hormonal comporte une étape dite de dévirilisation (2 à 3 mois) puis une seconde étape dite de féminisation (de 3 mois minimum avant d'envisager la chirurgie).

Les **anti-androgènes** permettent de réduire soit les niveaux endogènes de testostérone soit l'activité de la testostérone permettant ainsi de faire **régresser des caractères sexuels secondaires masculins** tels que la pilosité. Les plus fréquemment utilisés sont l'acétate de cyprotérone<sup>21</sup> et la spironolactone<sup>22</sup>. Une fois que les sujets ont atteint les bénéfices optimaux de l'hormonothérapie féminisante (généralement à partir de 2 ans), un traitement de fond est maintenu.

- Après l'orchidectomie, l'hormonothérapie est maintenue, les doses d'œstrogènes sont réduites mais doivent être suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation. L'anti-androgène sera également interrompu, sauf en cas de pilosité importante ou d'alopécie.

Les désordres psychologiques induits par le traitement hormonal, quoique difficiles à évaluer, doivent être recherchés de manière systématique chez le sujet traité.

Avant de commencer sa transition, Léonie « n'aimait rien dans son corps ». Depuis qu'elle est sous hormono-thérapie, elle dit que son corps s'est transformé « pour ressembler enfin à ce qu'elle ressent » : elle trouve sa peau plus douce et plus fine, sa poitrine commence à se développer et sa taille est plus marquée.

Maryse évoque également que les changements corporels sont les bienvenus car ils lui permettent de se sentir soutenue dans sa démarche. Elle remarque également que sa peau est plus douce, plus fine, odorat plus fin et tact plus développé.

#### *d) Chirurgie de réassignation*

La chirurgie et plus particulièrement la chirurgie génitale est souvent la dernière étape dans le processus de traitement de la dysphorie de genre.

---

<sup>21</sup> Acétate de cyprotérone : progestatif ayant des propriétés anti-androgènes. Le risque potentiel est une hépatotoxicité.

<sup>22</sup> Spironolactone : agent anti-hypertenseur qui inhibe directement la sécrétion de testostérone et la liaison des androgènes à leurs récepteurs. Le risque potentiel est une hyperkaliémie.

Si certains sujets transsexuels, transgenres ou de genre non-conforme ne ressentent pas le besoin de se faire opérer, la **modification** des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires reste essentielle pour un certain nombre d'entre eux, notamment pour **se sentir plus à l'aise** en présence de leur partenaire ou dans des situations telles qu'une visite médicale, une sortie à la piscine ou une séance dans une salle de sport.

Concernant les personnes transsexuelles MtF, la chirurgie génitale comprend :

- La **castration avec pénectomie** (ablation des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis) et **orchidectomie**. Sauf cas de jurisprudence, cette étape est nécessaire à l'obtention du changement d'état civil en France.
- Une chirurgie reconstructrice visant à **créer des organes génitaux** externes de type féminin.
  - La **vaginoplastie** consiste à garder la peau du pénis et à la retourner vers l'intérieur du corps pour créer une néo-cavité. Des cellules nerveuses érogènes provenant du gland sont réimplantées à l'entrée du néo-vagin. Après l'opération, les sujets ayant eu une vaginoplastie doivent porter un conformateur vaginal souple<sup>23</sup> pour pallier à la rétraction naturelle liée à la cicatrisation des tissus. Par la suite, le port d'un conformateur rigide de dilatation sera parfois nécessaire.
  - La **vulvoplastie** : le scrotum permet de constituer les petites et les grandes lèvres.
  - La **clitoridoplastie** : une partie du gland sera utilisée pour confectionner le clitoris.

La sensibilité érogène qui était celle de l'ancien gland reste donc intacte.

Ces opérations sont souvent douloureuses et des complications urinaires, digestives, génitales et hémorragiques sont possibles.

---

<sup>23</sup> [http://www.hopitalsaintlouis.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=72%3Atroubles-de-lidentite-de-genre&catid=39%3Aorganes-genitaux&Itemid=91&limitstart=1](http://www.hopitalsaintlouis.org/index.php?option=com_content&view=article&id=72%3Atroubles-de-lidentite-de-genre&catid=39%3Aorganes-genitaux&Itemid=91&limitstart=1)

Cependant, la WPATH fait référence à des études longitudinales qui ont montré un **effet bénéfique indéniable** de la chirurgie de réassignation sexuelle sur des domaines tels que le bien-être subjectif, l'aspect esthétique et la fonction sexuelle.

D'autres chirurgies sont également envisagées selon les sujets dans le but d'obtenir une silhouette plus féminine et d'améliorer le passing<sup>24</sup> pour les morphotypes prononcés :

- **pose d'implants mammaires** lorsque le traitement hormonal n'est pas suffisant pour un développement mammaire satisfaisant pour le sujet,
- **chondroplastie** de la thyroïde (réduction du cartilage thyroïdien ou pomme d'Adam),
- chirurgie de **féminisation faciale** (rhinoplastie, réduction des reliefs osseux saillants du visage),
- **lipoplastie** de la taille, remodelage,
- chirurgie des **cordes vocales** dans le cas où la rééducation orthophonique n'est pas jugée satisfaisante.

### Chirurgie réparatrice ou esthétique ?

Comment considérer la chirurgie de réassignation ? La chirurgie esthétique est souvent considérée comme médicalement non-nécessaire et par conséquent sera entièrement à la charge du sujet. A contrario, les procédures de réparation sont considérées comme médicalement nécessaires et les résultats thérapeutiques sont indubitables.

Cependant, la distinction entre chirurgie esthétique et réparatrice n'est pas toujours claire ainsi la plupart des procédures de chirurgie plastique sont à la fois réparatrices et esthétiques. Concernant la chirurgie de réassignation si des **consensus** émergent concernant la **chirurgie génitale**, les opinions divergent sur les autres procédures (augmentation mammaire, chirurgie de féminisation du visage).

---

<sup>24</sup> **Passing** : terme employé au sein de la communauté transsexuelle désignant le fait d'être perçu comme appartenant au genre dans lequel la personne s'identifie.

S'il est plus simple de considérer une vaginoplastie comme la fin d'une période de souffrance pour certains sujets, une intervention comme une **rhinoplastie** peut avoir un **effet radical et permanent sur la qualité de vie** du sujet et donc être médicalement plus nécessaire que pour un individu ne présentant pas de dysphorie de genre.

Cette ambiguïté reflète la réalité des situations cliniques et rappelle qu'il est nécessaire de tenir compte de la décision individuelle et singulière de chaque sujet.

#### *e) Thérapie de la voix*

De manière concomitante au traitement hormonal et aux opérations chirurgicales, le sujet peut consulter un ORL ou un orthophoniste afin de développer des caractéristiques vocales (ton, intonation, expression, diction, formulation) permettant de réduire la dysphorie de genre. Ceci est souvent une étape positive et motivante.

Maryse évoque qu'au bout de trois mois de suivi orthophonique, elle a acquis les bases pour féminiser sa voix. Cependant, elle trouve son rire et sa toux très masculins et presque impossible à contrôler.

#### *f) Epilations*

Les sujets transsexuels MtF peuvent également avoir accès à un traitement épilatoire, réalisé le plus souvent par un dermatologue.

Lorsque je rencontre Catherine pour la première fois, elle a rendez-vous chez la dermatologue quelques heures plus tard. Quelques poils ont repoussé au niveau de son visage, elle se sent alors « *monstrueuse* ». Elle exprime que le traitement épilatoire a été, pour elle, un grand soulagement.

Pour F. Sironi, à un certain stade de leurs parcours, les personnes transsexuelles sont réellement des « **hybrides** », ce qui peut semer le trouble en elles et autour d'elles. L'ancienne et la nouvelle forme coexistent physiquement pendant un certain temps ce qui est parfois difficile à vivre pour les personnes transsexuelles.

Est arrivé un moment de sa transition où Maryse a vécu péniblement cet état : homme la journée, sur son lieu de travail, femme lorsqu'elle rentrait chez elle. Elle se sentait alors comme « *dédoublee, schizophrène* », état qui devint rapidement insupportable.



Ceci peut également avoir de lourdes répercussions sur l'exercice de leur profession pouvant aller jusqu'au licenciement. Se pose alors la question de la « crédibilité » : « suis-je crédible ? », à savoir « mon apparence est-elle celle du genre de réassignation ? », « est-ce que mon passing est bon ? ».

Cet état est à prendre très au sérieux car vivre dans cet état « hybride » dans un contexte sociétal qui n'est pas toujours compréhensif, expose aux quolibets et parfois à des agressions.

Ceci souligne l'intérêt pour certains d'être accompagnés dans ce parcours, notamment en psychomotricité comme je l'évoquerai plus loin.

### C) Aspects juridiques en France

Le droit applicable aux personnes souffrant de **dysphorie de genre** en France est un droit issu uniquement de la **jurisprudence**. En effet, la loi française ne s'est jamais penchée sérieusement sur la question, la question de la transsexualité ayant été délibérément exclue des débats lors de la révision de la loi de bioéthique. Les premières difficultés auxquelles sont confrontées les personnes sont liées à l'état des personnes et notamment la mention du sexe dans l'état civil.

#### a) *L'état civil*

En France, la modification de la mention du sexe dans l'état civil ne peut se faire sur la seule volonté du demandeur (comme c'est le cas en Argentine<sup>25</sup>). Néanmoins, « *lorsqu'à la suite d'un traitement médico-chirurgical subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome du transsexualisme ne possède pas tous les caractères de son sexe d'origine et a pris une apparence physique la rapprochant de l'autre sexe, auquel correspond son comportement social, le principe du respect dû à la vie privée justifie que son état civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence.* »

---

<sup>25</sup> « Toute personne peut demander un changement de sexe, de prénom et d'image, à partir du moment où ils ne correspondent pas au genre de cette personne, telle qu'elle la perçoit », précise la loi argentine. Aucun changement physique - opération chirurgicale, prise d'hormones ou traitement médical - ne sera donc requis pour changer d'état civil.

[http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2012/05/10/en-argentine-choisir-son-genre-devient-un-droit\\_1699205\\_3222.html](http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2012/05/10/en-argentine-choisir-son-genre-devient-un-droit_1699205_3222.html)

La **Cour de Cassation** impose cependant quatre conditions à cette reconnaissance :

- Le syndrome de dysphorie de genre doit avoir été **médicalement constaté**
- L'intéressé doit avoir subi une **opération de réassignation sexuelle**
- Cette modification doit avoir été **judiciairement constatée**, c'est-à-dire corroborée par une expertise judiciaire.
- L'intéressé doit avoir adopté, outre l'apparence physique du sexe opposé, le **comportement social** de celui-ci. Ainsi, au-delà de l'apparence physique, le psychisme et le comportement affectif doivent également être conformes au genre dont la reconnaissance est demandée.

#### *b) La modification du prénom*

Le **prénom** est un élément obligatoire de **l'identification** des personnes. Comme le nom, il est *en principe* immuable. Progressivement, eu égard à l'importance du prénom pour l'identification des personnes, il est apparu que certains intérêts particuliers (comme la lutte contre la discrimination) pouvaient présider à un changement de prénom.

Dans les cas de dysphorie de genre ou de situations voisines, les juges ont autorisé une **substitution de prénoms masculins à des prénoms féminins** (ou l'inverse) sans pour autant modifier la mention du sexe sur l'acte d'état civil.

#### **D) Hypothèses étiologiques**

Différentes hypothèses étiologiques du transsexualisme ont été avancées sans qu'aucune étiologie n'ait pu être vérifiée avec certitude.

##### *a) Hypothèses organiques<sup>26</sup>*

L'identité sexuelle pourrait être perturbée par une **exposition androgénique anormale in utero**, par une insensibilité cérébrale aux hormones sexuelles ou aux neurotransmetteurs correspondants, ou par une modification des noyaux centraux de l'hypothalamus. Toutefois, les processus de différenciation sexuelle au niveau cérébral sont encore peu connus et les incertitudes sont nombreuses.

---

<sup>26</sup>[www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/le-transsexualisme.html](http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/le-transsexualisme.html)

### *b) Facteurs génétiques*

Dans une étude rétrospective de 2002 sur 314 jumeaux, enfants ou adolescents, F. L. Coolidge et al. ont suggéré une **forte participation héréditaire** au trouble de l'identité de genre. Ces données sont concordantes avec celles de R. Green. Cependant, les résultats d'une évaluation hormonale et génétique de transsexuels MtF, n'a pas permis de mettre en évidence d'anomalie hormonale (système hypothalamo-hypophysaire, thyroïdien, GH et IGF-1) ni génétique (pas de mutations des principaux gènes impliqués dans la différenciation sexuelle : *SRY*, *AR*, *DAX1*, *SOX9*, région AZF du chromosome Y).

### *c) Hypothèses psychofamiliales*

Selon S. Marantz, les mères de garçons présentant une dysphorie de genre présenteraient une prévalence significativement supérieure de syndromes dépressifs et de troubles de la personnalité de type borderline à celle des mères de garçons issus de la population générale. Son hypothèse est que, chez le garçon, une relation symbiotique prolongée à une mère déprimée, avec excès de proximité émotionnelle et corporelle, associée à une absence symbolique du père, pourrait induire une identification féminine. Chez la jeune fille, la dépression prolongée d'une mère non soutenue par le père pourrait inciter l'enfant à remplir ce rôle, avec une identification masculine qui viendrait combler l'absence du mari. Il a par ailleurs été suggéré que le désir parental d'un enfant de l'autre sexe pourrait influencer l'identification sexuelle de l'enfant.

Le décès d'un premier enfant de sexe biologique différent et l'incapacité des parents à en faire le deuil pourrait, là encore, être un déterminant de l'identification sexuelle d'un second enfant. Enfin, il semblerait qu'une attitude permissive, voire encourageante de l'entourage familial quant à des « comportements transsexuels » serait un facteur de renforcement.

Pour F. Sironi, en psychothérapie, des corrélations ne sont pas nécessairement des relations objectivables de cause à effet, mais des **leviers thérapeutiques** et des **ressorts de construction de sens** pour le sujet. Les démarches causalistes ont été mises à mal et jugées insatisfaisantes pour répondre à la problématique du sujet transsexuel car l'enfermant le sujet dans une chaîne de déterminations.

Ainsi, F. Sironi base son approche sur la **psychologie géopolitique clinique**<sup>27</sup> en insistant sur le fait que cette approche garantit de ne pas maltraiter, par des théories ou des pratiques cliniques inadéquates, une population donnée. « Géopolitique » renvoie à la dimension culturelle (historique et géographique) et psychopolitique inhérente à la manière de considérer la transsexualité dans une société donnée, à un moment donné. La transsexualité doit être abordée au travers d'une approche garantissant **le respect de sa complexité** : les dimensions psychique, médicale, culturelle, politique, géographique (lieu de naissance et de résidence), spirituelle et économique doivent toutes être prises en compte. Elle prône ainsi une approche éthique et humaniste.

---

<sup>27</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 61.

La psychologie géopolitique clinique s'intéresse à l'impact des innovations et changements culturels, géopolitiques sur les constructions identitaires individuelles et collectives.

## II. Intrication identité-image du corps chez les sujets transsexuels

---

### II-1- Des changements sociétaux propices à la reconnaissance identitaire des sujets transsexuels

La transidentité est considérée par F. Sironi<sup>28</sup> comme un sujet « hypermoderne » : si les transidentités ont toujours été présentes, leurs **modes d'expression** varient selon le contexte historique et socioculturel dans lesquels elles adviennent. L'expression actuelle de la transidentité serait alors le reflet de l'homothétie<sup>29</sup> « psychohistorique » ou « psychopolitique » actuelle : le passage entre le binarisme, le découpage dichotomique du monde (capitalisme, communisme) et l'état de mondialité, de multiplicité planétaire est en correspondance exacte, terme à terme, avec d'autres passages au niveau individuel, singulier.

La société est passée d'une structure hiérarchique stable à une **structure réticulaire mobile**<sup>30</sup>. M. Legrand indique qu'à la préoccupation holiste, s'est peu à peu substituée la **préoccupation de l'individu** : l'idéologie de la réalisation de soi-même s'est imposée face à la conception d'une société comme un tout définissant la place et la fonction de chacun. À partir du moment où la place de chacun n'est plus assignée *a priori*, chaque individu est renvoyé à lui-même pour « se faire une situation », donner du sens à sa vie, définir son identité, produire son existence en d'autres termes, mettre en place des **stratégies identitaires**. C'est aujourd'hui à **l'individu lui-même de construire sa cohérence** dans un monde éclaté; il lui revient de donner un sens à son existence. Ainsi si le sujet n'est plus contraint de rester à la place qui lui a été assignée et a la **liberté d'en changer**, il est également confronté au **risque de la perdre**.

---

<sup>28</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 17.

<sup>29</sup> **Homothétie** : correspondance exacte entre ce qui se passe au niveau sociétal, collectif et ce qui se passe au niveau individuel, intrapsychique.

<sup>30</sup> V. de Gaulejac, *Identité, vocabulaire de psychosociologie, références et positions*, Érès, Paris, 2002.

## II-2- Le corps et ses images abordés comme vecteurs de l'identité du sujet

Le corps est ce qui matérialise la présence du sujet au monde. Selon M. Bernard, notre corps **ne se confond** ni avec sa réalité biologique en tant qu'organisme vivant, ni avec sa réalité imaginaire en tant que fantasme, ni avec sa réalité sociale en tant que configuration de pratiques culturelles<sup>31</sup>. Il est en quelque sorte plus et moins que les trois à la fois, dans la mesure où il est processus de constitution, de formation symbolique, c'est-à-dire fournissant à la fois à la société un moyen de se représenter, de se comprendre et d'agir sur elle-même, et à l'individu, un moyen de dépasser la simple vie organique par l'objet fantasmé de son désir. Il est à la fois l'**origine** et le **vecteur** de l'image de soi et de l'**identité**.

Selon D. Le Breton, le corps permet de faire entendre une **revendication d'existence** lorsque l'identité personnelle est en question à travers les remaniements incessants de sens et de valeurs qui marquent la modernité. Le corps permet au sujet de se construire une unité et de produire son identité et se faire socialement reconnaître.

C'est par son corps, réalité physique et matérielle que le sujet vérifie son existence au monde et cherche à valider son image. Image qu'il construit en s'expérimentant en tant qu'être unique et singulier, en tant que « je » porteur d'un pouvoir sur le monde et sur autrui. Cette image de soi participe à la constitution progressive de l'identité de l'individu.

## II-3- Quand la dysphorie de genre s'en prend au corps

Le corps du sujet transsexuel n'est pas source de repères et ne se fait pas support de l'identité. Chez tous les sujets transsexuels que j'ai rencontrés, le **rejet de leur corps masculin, réalité physique et matérielle**, est au premier plan. Ce rejet peut toucher la totalité ou seulement certaines parties du corps et ne durer qu'un moment de leur vie.

Chantale évoque ainsi que son sexe provoque, chez elle, un sentiment de haine très important ce qui l'a conduit à vouloir se mutiler de nombreuses fois.

---

<sup>31</sup> Y. Vanpouille, *Représentation du corps et échec scolaire*, 1993.

L'apparence **déçoit**, elle n'est pas satisfaisante car elle ne rend pas compte de ce que ressent le sujet, ce qui rend douloureuse la confrontation avec le miroir et fait évoquer à certains qu'ils ne font que le minimum concernant l'entretien de leur corps.

Avant sa transition, Nadia ne pouvait pas se regarder ou bien uniquement pour se laver. A l'heure actuelle, elle dispose de nombreux miroirs chez elle dans lesquels elle prend plaisir à s'examiner. Elle évoque qu'elle porte un grand soin à son apparence et qu'elle apprécie particulièrement le haut de son corps alors qu'elle n'aime pas le bas (son sexe notamment) mais qu'il faut « *l'entretenir* ». Elle me montre à plusieurs reprises des photographies d'elle dont une sur laquelle elle se trouve « *très féminine, sublime* ».

L'apparence **ment** en véhiculant une identité erronée, à l'opposé de ce que le sujet souhaite exprimer. Elle peut **trahir** : lorsque le sujet est dans un état « hybride » ou a achevé sa transition, la peur d'être « *démasqué* » c'est-à-dire que l'identité masculine (par ses attitudes ou ses caractéristiques anatomiques) ne soit révélée au grand jour, persiste.

Le corps est donc source de vécus négatifs, de honte, de rejet, de manière très marquée et parfois prolongée. Dès lors, on peut imaginer le **soulagement** ressenti lorsque l'apparence rend enfin compte de ce que le sujet ressent. Certains sujets se photographient très régulièrement lors de leur transition comme pour visualiser le chemin parcouru.

J'ai été amenée à me questionner sur la manière dont on pouvait accompagner le sujet lorsque les modifications corporelles sont impossibles, comme c'est le cas pour Catherine qui ne supporte pas le traitement hormonal. Catherine évoque « *devoir faire le deuil d'un corps qu'elle aurait tellement aimé voir changer* ». Le terme de « deuil » montre à quel point le fait de devoir renoncer à un corps fantasmé, imaginé peut-être douloureux.

## II-4- Le travestissement comme solution provisoire

Dans cette optique, certains sujets ont recours au travestissement. Le terme de travestissement, comme celui de transsexualité, trouve son équivalence dans les classifications psychiatriques. La CIM définira ainsi le « travestisme transsexuel » comme pouvant survenir dans une phase précoce du développement d'un transsexualisme.

Se travestir<sup>32</sup> correspond au fait de « *déguiser quelqu'un en lui faisant prendre les vêtements d'un autre sexe, d'une autre condition* ». Si le terme de « travestis » est le plus ancien et le plus connu pour désigner les sujets transidentitaires, le travestissement recouvre en réalité des pratiques diverses.

Le travestissement apparaît, pour certains, très précocement et est qualifié de compulsif, « **libératoire** » dans une vie où tenir un rôle masculin en permanence est oppressant.

Chantal raconte que lorsqu'elle avait 6 ans, sa sœur aînée l'avait déguisée et maquillée en fille. Ce souvenir de son apparence féminine l'a marquée et lorsqu'elle s'est présentée pour la première fois en tant que femme (à 45 ans) à ses parents, elle s'est regardée de nouveau dans ce même miroir.

A 8 ans, elle emprunte en cachette (elle dira « *clandestinement* ») des vêtements à sa mère ou à sa sœur. Après une période sans travestissement, elle a recommencé à se travestir, il y a quelques années, avant de commencer sa transition. Chantal qualifie alors de « *merveilleux* » les moments où elle se prépare et s'habille en femme, « *comme Cendrillon qui se transforme* ». Elle évoque que de devoir se changer pour retrouver une apparence masculine était un véritable « *déchirement, comme si elle retirait une partie d'elle-même* », elle avait l'impression de redevenir un « *monstre* ».

A ce sujet, Catherine évoque un souvenir très précis de son enfance. Elle se souvient à 7 ans, avoir été fascinée par la robe de mariée de sa mère et lui avoir demandé quand est-ce qu'elle pourrait la porter. Depuis ce jour, elle garde une fascination pour les vêtements et la lingerie féminine.

---

<sup>32</sup> Appelé également « cross dressing »



C'est ainsi qu'elle s'est confectionnée une garde-robe personnelle pendant plusieurs années et se travestissait lorsque son épouse et ses filles étaient absentes. Elle s'habillait en femme uniquement chez elle. Cela lui permettait de « *faire redescendre la tension* », de « *décompresser* ». Quand elle entame sa transition, elle s'aperçoit que tous les vêtements qu'elle s'était achetée lui « *donnait des airs de Pretty Woman* » et ne pouvaient être portés dans la vie de tous les jours. Elle commence donc par renouveler sa garde-robe, se faisant conseiller par la vendeuse d'une boutique qui l'aide à trouver un style vestimentaire plus sobre et dans lequel elle se sente féminine.

Pour d'autres, se travestir dans leur vie d'homme est impensable.

C'est le cas de Maryse qui n'a eu une apparence féminine qu'au moment où son corps a commencé à changer grâce au traitement hormonal car sans ce soutien, elle se serait trouvée « *ridicule* ».

On peut faire l'hypothèse que ce vécu corporel teinté de rejet, comme si le sujet était absent à lui-même a des répercussions sur la manière dont le sujet s'appréhende – soit l'image du corps.

## II-5- Les images du corps

Abordons à présent l'importance de l'image du corps dans la construction de l'identité du sujet.

Pour B. Lesage, les sens attribués aux concepts de schéma corporel et d'image du corps varient grandement d'un auteur à l'autre, comme si « *l'on cherchait encore à quoi correspondent ces expressions, devenues des signifiants nomades. Elles perdent toute leur cohérence et leur opérativité. Or, le propre du langage en tant qu'outil de communication est de fonctionner sur un accord quant au sens des mots.* »

Il évoque qu'il est « *absurde de postuler une représentation et un usage du corps qui ne soient pas aussi de nature affective et relationnelle, la construction du corps et de ses représentations ne peut en aucun cas se désintriquer de celle de l'identité, que la plus*

*élémentaire coordination n'existe jamais que dans un contexte lui assignant une signification, sauf dans un cadre pathologique.»*

Pour F. de Vignemont, la confusion entre les termes de schéma corporel et d'image du corps est liée à la complexité de notre rapport à nous-même. Elle propose, à la suite d'études en neurosciences<sup>33</sup> réalisées sur ce sujet, de définir le schéma corporel comme l'ensemble des **représentations corporelles orientées vers l'action**.

E. Pireyre propose, quant à lui, un modèle d'une **image composite du corps**<sup>34</sup>. Il dresse ainsi un inventaire des sous-composantes de cette image du corps :

- continuité d'existence,
- identité,
- identité sexuée (que l'on remplacerait par le terme d'identité de genre),
- peau,
- intérieur du corps,
- tonus,
- sensibilité somato-viscérale (qu'il fait correspondre au schéma corporel),
- communications corporelles,
- angoisses corporelles archaïques.

Il pose ainsi l'identité et l'identité sexuelle comme sous-composantes de l'image du corps. Je choisirais plutôt de définir **l'identité comme englobant l'image du corps** englobant elle-même le schéma corporel.

L'image du corps, comme nous allons le détailler, s'élabore à partir des expériences vécues par le sujet. Le répertoire des représentations qu'il a de lui-même s'enrichit et s'étoffe ainsi progressivement. Pour D. Le Breton, ses représentations lui apparaissent plus ou moins consciemment à travers un contexte social et culturel particularisé par son histoire personnelle.

B. Lesage choisit de considérer la définition de l'image du corps proposée par P. Schilder « *la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* ».

---

<sup>33</sup> F. de Vignemont, *Body schema and body image—Pros and cons*, Neuropsychologia, 2009.

<sup>34</sup> E. Pireyre, *Clinique de l'image du corps. Du Vécu au Concept*, Dunod, Paris, 2011, p. 48.

Dès lors, ne pourrait-on pas supposer que les termes d'image de soi et d'image du corps recouvrent les mêmes réalités ? Le terme d'image *du corps* permet de mettre l'accent sur l'aspect corporel de ces expériences, dans un système de pensée occidental encore très imprégné de la dichotomie corps/esprit cartésienne.

L'image du corps est un **travail, une construction psychique** qui nous le fait appréhender comme une unité, *notre* unité. On peut imaginer que la transition correspond à un remaniement des images du corps et qu'il s'agit, dans l'accompagnement en psychomotricité, de veiller à respecter le rythme du sujet.

## II-6- Organisation des images

B. Lesage utilise le terme de **flux d'expériences d'un soi** pour souligner la multiplicité, la complexité, la dynamique du concept d'image du corps. Ce flux est identifié dans ses contours, sa densité et est affecté par autrui et les objets du monde. Ce flux présente différents niveaux d'intégration qui nous font nous appréhender sur un **gradient**.

A chaque niveau d'intégration, je mettrai en avant l'intrication de l'image du corps dans l'identité.

### A) Le sentiment de permanence enraciné dans le proto-soi

E. M. Lipianski, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez parlent de l'identité comme unité diachronique d'un processus évolutif : « *Malgré le caractère mouvant - suivant les situations et - changeant - dans le temps - de l'identité, le sujet garde une conscience de son unité et de sa continuité même qu'il est reconnu par les autres comme étant lui-même* ».

L'identité est une notion complexe et éminemment psychosociologique. Elle évoque la **permanence** dans le temps d'individus qui **ne cessent de se transformer** pour tenter de maîtriser le cours de leur existence. Les théoriciens actuels de l'identité ont intégré cette vision dynamique et dialectique en préférant évoquer des **processus identitaires** plutôt qu'une entité qui évoque la stabilité et la permanence.

Selon D. Winnicott, la continuité d'existence est une « *sécurité intérieure permettant de savoir qu'à la seconde suivante, nous serons toujours le même.* » Le terme de proto-soi ou de soi archaïque désigne cette conscience basale d'une continuité d'être, appuyée par des sentiments primordiaux. Ce sentiment continu d'exister est le pilier de la structuration du moi. S'il est suffisamment bien installé, le bébé pourra faire face aux « menaces d'annihilation ». Un holding efficace, assurant une sécurité intérieure, lui permettra de les dépasser et favorise un développement harmonieux.

Pour D. Anzieu, la construction du « je », individu autonome nécessite l'élaboration d'un Moi-peau. Ce Moi-peau, abordé comme première construction d'une image du corps, forme une limite perméable entre l'intérieur et l'extérieur, permettant la fusion et la séparation, la protection et les échanges et d'être ainsi, à la fois, contenant et contenu.

Ceci rejoint ce que A. Damasio appelle la conscience-noyau : la portée de la conscience noyau est **ici et maintenant**. Elle est stable tout au long de l'existence. Le sentiment de soi qui émerge dans la conscience-noyau est le Soi central, une entité transitoire, **sans cesse recrée**e pour chacun des objets avec lesquels le cerveau interagit.<sup>35</sup>

Pour B. Lesage, ce premier niveau de construction d'un soi serait fondé sur l'intégration d'images du corps concernant des **données basales de l'expérience**<sup>36</sup> : se sentir tendu/détendu, mal-être/bien-être, énergique/asthénique, lourd/léger... Ainsi, je me sens plus ou moins bien, fatigué ou en forme selon mon état corporel de fond, une sorte d'arrière-plan que constitue le corps plus ou moins proche de son état biologique optimal. Ces états primordiaux sont à mettre en lien avec toutes les sensations apportées par la peau, l'intérieur du corps, le tonus...

Chez le sujet transsexuel, le sentiment de **ne pas être dans le bon corps** apparaît très précocement, dès 6 ou 7 ans et lui fait vivre un état de mal-être diffus.

---

<sup>35</sup> E. Pireyre, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Dunod, Paris, 2011, p. 57.

<sup>36</sup> Données basales qualifiées par A. Damasio d'états primordiaux

On peut donc imaginer que le niveau le plus archaïque de l'image du corps est déjà soumis à une certaine désorganisation. Le sentiment « de ne pas être dans le bon corps » s'étoffera au fil des expériences du sujet et pourra mener à la progression d'un clivage corps/esprit.

### B) Le sujet en équilibre entre lui et l'Autre ; le soi-noyau

Pour E. Levinas, « *pas d'identité sans autrui puisque le sentiment de la présence même d'autrui construit la différenciation entre soi et l'autre, entre soi et son image, entre soi et le monde. Il instaure la limite entre nous et autrui* »<sup>37</sup>. Le sujet est dépendant d'autrui pour se construire une identité et son image du corps n'est pas possible sans l'image du corps de l'autre.

#### a) *Le premier « autre » : l'entourage familial*

Les premiers « autres que moi », ce sont les parents. Avant même que l'enfant ne naisse, il est l'objet d'identifications multiples qui amorcent un **double mouvement de projection et d'introjection** constitutif de sa construction identitaire.

Soulignons l'engouement suscité par le fait de connaître le sexe de l'enfant puis de lui choisir un prénom. Ceci vient enrichir les projections des parents notamment concernant les rôles sociaux attendus.

#### b) *L'identité vient de l'Autre*

« *Le corps n'est pas une île* », le soi-noyau qui gouverne une image du corps **dynamique orienté vers autrui** par l'action ce qui inclut l'émotion. Il est sans cesse en interaction, affecté par les objets du monde un contact, un bruit, une odeur... auxquels il faut ajouter tous les mouvements et changements de posture associés à ces interactions :

- modification du système musculo-squelettique : engagements musculaires, fasciaux, tendineux, articulaires, cutanés...
- système neurovégétatif le soutenant : distribution vasculaire, recrutement de systèmes énergétiques (glycolyse, lipolyse).

---

<sup>37</sup> B. Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structure, étayage, mouvement et relation*, Erès, Toulouse, 2012, p. 260.

Les interactions avec l'extérieur modifient le proto-soi et créent une attention aux objets rencontrés. Des sentiments primordiaux du proto-soi on passe à une gamme de réponses plus diversifiées : retrait/approche, plaisir/douleur... ainsi que les émotions de base (joie, peur, colère, tristesse, surprise, dégoût).

Selon A. Damasio, le proto-soi doit donc se « protagoniser ». Dès lors, un soi se constitue, une conscience d'être qui intègre le proto-soi et ses modulations dans le **jeu relationnel** (dans l'interaction et orienté vers le monde). A. Damasio parle également de *soi-noyau* comme d'une identité relationnelle, orientée vers l'action, qui invite à se tourner vers le monde. A ce niveau, l'image du corps est celle du vécu corporel modulé par l'interaction, la relation, ce qui inclut le désir, les émotions et ouvre à différents états : confortation, dilatation, rétraction, densification, morcellement...

Chez le sujet transsexuel, être reconnu par son entourage familial (ceux qui nous ont qui nous désiré et attendus, vu naître et grandir), professionnel ou social comme restant la même personne malgré sa transition est souvent primordial. Chantal par exemple, choisira de faire sa transition dans le même établissement en annonçant sa démarche à ses collègues et à son directeur au préalable, alors que l'on pourrait imaginer qu'il serait plus aisé de changer d'emploi.

Cependant, parfois l'entourage est peu soutenant.

Ainsi, Nadia qui a eu une enfance difficile et qui est fortement rejetée par ses parents, souhaite simplement rompre tout contact et changer de vie, pour « *prendre son envol vers le bonheur* ».

### C) L'identité narrative : le soi autobiographique cristallise une narration de soi en relation.

Pour P. Ricoeur, l'identité narrative est constitutive de l'ipséité, de l'émergence du sujet qui apparaît simultanément comme lecteur et comme auteur de sa propre vie. « L'histoire d'une vie ne cesse d'être **refigurée** par toutes les **histoires véridiques ou fictives** qu'un sujet raconte sur lui-même ».

La dimension narrative de soi, l'histoire faite de la mémorisation des événements, internes et externes, en réécriture constante.

Le **soi autobiographique** est une **autobiographie consciente** : il englobe toute l'histoire dont nous nous souvenons, récente ou lointaine. Il y a une histoire des images du corps. Celle-ci intègre toutes les traces de ce qui nous a affecté, la manière dont nous nous sommes engagés et mobilisés. C'est une **archive en perpétuel remaniement**, avec ses zones d'ombre fixées, ses cicatrices et ses enkystements. Les émotions en relation avec ce niveau sont plus différenciées et intègrent des sentiments sociaux subtils : admiration, honte, pudeur, tendresse...

Amener le sujet à raconter son histoire - par quelque médiation que ce soit - permet de recréer du lien entre les images actuelles et celles qu'il a construites par le passé.

Comme nous le reverrons par la suite, l'accompagnement en psychomotricité visera à aborder ces trois domaines de l'image du corps.

### III. Une méthodologie pour appréhender la qualité des images du corps

---

J'ai pu assister à quelques consultations de la psychiatre, notamment de personnes transsexuelles Female to Male. J'ai rencontré **sept personnes transsexuelles MtF en entretien** ; le profil de chacune figure en annexe. Cinq d'entre elles ont passé le même bilan psychomoteur. Pour trois d'entre elles - Romane, Catherine et Léonie - un suivi a été débuté.

Le contenu de l'entretien et du bilan a évolué au fur et à mesure des rencontres avec les personnes transsexuelles. J'ai choisi de **co-construire du sens** à partir de ce qu'amenait le sujet en le mettant en position **d'expert de sa problématique** – sans pour autant perdre ma propre expertise de professionnel de santé.

Ceci rejoint l'idée de F. Desobeau<sup>38</sup> selon laquelle le psychomotricien se doit de posséder non seulement des **connaissances et un savoir-faire** mais également un savoir-être et qui plus est **un savoir exister dans son corps** car la spécificité de la relation thérapeutique est caractérisée par le fait que le psychomotricien s'implique pour « rencontrer le sujet **là où il est, comme il est** ».

#### III-1- L'entretien

Durant cette première rencontre, j'expliquais en quoi consistait ce travail de recherche et je présentais la psychomotricité comme une approche visant à interroger les liens corps/esprit. Pour beaucoup, cette définition était parlante.

---

<sup>38</sup> F. Desobeau, *Identité et fonction du psychomotricien*, Thérapie psychomotrice et recherches n°162, 2010



L'entretien comporte plusieurs axes :

🔹 L'anamnèse

- ▶ Caractéristiques de base concernant son emploi, ses loisirs, sa situation familiale.
- ▶ Evoquer des éléments marquants de la vie du sujet notamment durant l'enfance et l'adolescence : quelles formes ont pris les questionnements concernant son identité de genre, comment cela était-il vécu (émotions et sentiments associés) et quelles stratégies a-t-il mis en place.
- ▶ La manière dont le sujet vit et investit ses relations amoureuses (orientation sexuelle, investissement de la sphère sexuelle).

🔹 L'exploration phénoménologique de la métamorphose<sup>39</sup>

- ▶ Collecter des informations concernant la manière dont la personne parle d'elle-même, son histoire et notamment *l'histoire de son corps*.
- ▶ Situer la personne dans son parcours, connaître ses objectifs et explorer la demande en gardant à l'esprit que cette demande n'est pas obligatoirement permanente dans le temps. Pour ce faire, j'ai choisi de définir trois axes :

➤ **Concernant l'environnement social et familial proche :**

- Est-ce qu'il suffit à la personne qu'elle ait une apparence féminine (c'est-à-dire qu'elle colle au genre social féminin) pour qu'elle se sente femme et que l'image qu'elle a d'elle-même lui convienne ? (« *Quand je me fais appeler Madame au téléphone ou dans la rue, par des inconnus, je sais que c'est gagné* », « *quand on m'appelle Monsieur, je déprime pendant plusieurs jours* ».)
- Est-ce que le sujet a besoin d'être reconnu comme femme par son entourage proche (parents, enfants, amis, collègues). (« *J'ai l'impression de me mentir à moi-même, de mentir aux autres, de ne pas assumer qui je suis vraiment* ».)

---

<sup>39</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 188.

- **Concernant son état physique** : est-ce que la personne a besoin d'une modification au niveau de ses organes sexuels ? (« *Me débarrasser de ce truc entre les jambes.* »)
- **Concernant sa reconnaissance légale** : est-ce qu'il suffirait à la personne de **changer d'état civil**, indépendamment du reste pour qu'elle se sente femme et se sente reconnue comme telle ?

- ▮ Comprendre la manière dont elle vit sa transition : de quelle manière son vécu corporel a évolué depuis son entrée dans le parcours ?
- ▮ Interroger la réaction de son entourage à l'annonce de sa démarche : de quel soutien bénéficie-t-elle ?
- ▮ Comment a-t-elle choisi son prénom féminin ?

Chantale a choisi son nouveau prénom car il renvoie à un personnage dont elle apprécie les qualités et dans lequel elle se reconnaît. Il s'agirait alors d'emprunter un prénom pour emprunter une identité.

Nadia, quant à elle, a choisi le prénom de sa grand-mère pour ne pas se couper complètement de ses origines dans un contexte familial très rejetant.

- ▮ Interroger la manière dont elle se définit en quelques mots (qualités, défauts).
- ▮ Questionner la personne sur ses représentations de l'homme et de la femme.

Pour Catherine, la réponse est tranchée. D'un côté, la femme qui incarne la perfection et qu'elle qualifie de « *d'hyper raffinée et de décathlonienne : épouse, mère, amante, super-woman au boulot et à la maison* » et de l'autre l'homme dont elle a l'image du « *supporter de foot de base, égoïste* ». Au contraire, Chantal dira qu'il lui est compliqué de définir l'homme et la femme sans basculer dans des stéréotypes de genre.

### III-2- Le bilan psychomoteur

Ces épreuves<sup>40</sup> m'ont, de manière générale, permis d'interroger la **qualité de l'image du corps** des sujets rencontrés. J'ai observé la capacité à se mettre en jeu de manière expressive ainsi que la régulation tonique et son adaptation selon les situations. J'ai, en effet, émis l'hypothèse que chez les personnes transsexuelles Male to Female, on pouvait retrouver :

- un **hyper-contrôle tonique** en lien avec le désir de se conformer à une gestuelle et des attitudes féminines.
- une **difficulté à exprimer ses ressentis** et émotions du fait d'un important rejet du vécu corporel, mettant à mal le dialogue tonico-émotionnel.

#### A) Proposition de huit items de bilan

##### a) *Déambulation*

Pendant que la personne marche quelques minutes dans la pièce, je lui demande de décrire sa marche et si elle estime qu'elle l'a modifiée par rapport à celle qu'elle avait dans sa vie en tant qu'homme. Le but est de savoir si ces changements se sont faits plutôt de manière **naturelle** ou ont fait l'objet d'un **apprentissage**.

Catherine évoquera que sa démarche et sa gestuelle sont le résultat d'une fine observation des femmes de son entourage et du visionnage de films concernant l'attitude à adopter pour ressembler à une femme.

C'est également l'occasion d'observer la démarche globale de la personne (et donc sa régulation tonique), la manière dont elle investit l'espace, la capacité à exprimer ce qu'elle ressent et s'il est aisé ou non pour elle d'être observée.

##### b) *Modelage d'un personnage en pâte à modeler*

« Je vous demande de faire un personnage en pâte à modeler. Pouvez-vous me raconter une histoire à propos ce personnage ? »

Dans cette épreuve, il n'y a pas d'exigence liée à l'aspect représentatif du personnage.

---

<sup>40</sup> Je me suis inspirée, pour certaines, de celles citées dans l'ouvrage de G. Carrot, d'O. Gaucher-Hamoudi et T. Faury, *Anorexie, boulimie et psychomotricité*.

J'observe, à travers les caractéristiques du personnage modelé, la capacité du sujet à mobiliser son imaginaire en racontant une histoire inventée. Si cela n'est pas délibéré en première intention, les sujets en viennent à me parler d'eux à travers ce personnage. Je remarque les mêmes caractéristiques entre le dessin du bonhomme et le modelage de personnage.

### *c) Coordinations générales*

Nous échangeons une balle au pied et à la main Cet item vient compléter les observations précédentes.

### *d) Coordinations faciales*

« Je vous demande maintenant de réaliser différents mouvements avec votre visage : hausser les sourcils, les froncer, gonfler une joue, positionner votre bouche comme pour siffler, faire un clin d'œil, bouger vos narines. »

Cet item permet de repérer le potentiel gymnique facial des sujets. Une rigidité du visage vient interroger l'aspect spontané, naturel ou contrôlé de la gestuelle faciale ainsi que la qualité des interactions précoces du sujet avec son environnement parental. En effet, ce sont toutes les expériences de babillage, partagées entre le bébé et ses objets premiers, qui vont le conduire à développer ses aptitudes mimiques, porté par le plaisir qu'il découvre à créer en retour une réaction mimogestuelle de la part de son parent.<sup>41</sup>

### *e) Expression mimogestuelle des émotions*

Dans un premier temps, je demande au sujet de citer cinq émotions auxquelles il pense puis j'énonce la consigne suivante. « Nous venons de voir qu'elles étaient vos capacités en mimiques faciales. Nous allons, maintenant, voir comment vous utilisez ce potentiel dans un mouvement expressif. J'aimerais que vous preniez la mimique correspondant à chacune des émotions que je vais nommer. Vous pouvez éventuellement accompagner vos mimiques d'autres mouvements corporels.»

---

<sup>41</sup> G. Carrot, O. Gaucher-Hamoudi et T. Faury, *Anorexie, boulimie et psychomotricité*, Heures de France, Paris, 2011, p. 64.

Je commence par demander au sujet de mimer les émotions qu'il a nommées puis j'ajoute la surprise, la peur, le dégoût, la joie, la tristesse, la colère (émotions de base retrouvées dans le proto-soi).

Certains expriment d'emblée leur **difficulté à exprimer ces émotions**. La capacité à transmettre sans crainte dépend de la façon dont historiquement, les émotions ont été reçues et comment elles ont pu s'inscrire dans un échange<sup>42</sup>.

Les réactions sont diverses, allant d'une **théâtralisation** à une expression relativement **neutre** quelle que soit l'émotion mimée. J'ai pu cependant remarquer, que l'émotion « colère » posait souvent des difficultés : certains verbalisent le fait que la colère chez eux ne se manifeste pas par une expression du visage mais plutôt par des mots ou le ton de la voix et que par conséquent, il ne savait pas le mimer. D'autres expriment le fait qu'ils ne peuvent pas l'exprimer car ce n'est pas ce qu'ils ressentent à l'heure actuelle (alors que cela ne pose pas de problème pour une autre émotion même si ce n'est pas leur état du moment.)

L'hypothèse que je fais correspond à une difficulté d'expression des émotions, notamment négatives car en lien avec des souvenirs douloureux que la personne tente de mettre de côté en faisant une transition.

#### *f) Mime d'une activité de la vie quotidienne*

« Nous allons jouer chacune notre tour. Vous allez mimer une activité que vous avez régulièrement, au quotidien ou bien une fois par semaine. C'est, en effet, beaucoup plus facile de retrouver des gestes qui nous sont habituels. Dans ce mime, il pourra y avoir des bruits, des sons, mais pas de mots. Vous n'utiliserez pas d'objets. Seuls vos gestes laisseront penser que vous utilisez des objets imaginaires. Il y a tout de même une exception : vous pouvez utiliser une chaise si, dans votre mime, vous avez besoin de vous asseoir. Dès que vous avez une idée, vous pouvez commencer ».

Nous réalisons alternativement un mime chacun. J'observe la spontanéité du sujet (est-ce qu'il doute ou se met en jeu aisément ?), son investissement de l'espace et du temps (est-ce que le mime comporte des déplacements, une chronologie marquée ?). Je note également s'il y a une différence entre son premier et son second mime et s'il a été influencé par ma manière de mimer.

---

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 69

Souvent, le sujet dans cette épreuve se met à parler peut-être pour masquer sa difficulté à se mettre en jeu, notamment sous mon regard.

Il est souvent mis en avant que cet exercice serait plus simple s'il était autorisé d'utiliser des objets.

Ainsi, Léonie dit ne pas pouvoir mimer sans utiliser d'objets et montre une grande difficulté à se détacher du concret.

### *g) Dessin du bonhomme<sup>43</sup>*

« Je vous demande de dessiner un personnage, celui que vous voulez. Vous avez tout le temps nécessaire ». Une fois le dessin terminé, je demande au sujet de me parler de son dessin.

Cette épreuve suscite beaucoup de **questionnements** et de **réactions défensives**. Elle s'oriente parfois vers un auto-portrait. Certains expriment leur incapacité à se dessiner ou la non pertinence de cet exercice liée à leur incapacité à se représenter tel qu'il le voudrait.

Chantale se prêtera volontiers à cet exercice. Elle se dessine et s'interroge quant à la manière dont elle souhaite se représenter. Les caractéristiques féminines sont évidentes et réfléchies (taille et poitrine marquées, bijoux et cheveux longs). Elle dit être agréablement surprise de réussir à représenter, chose qu'elle se sentait incapable de faire quelques mois auparavant. J'ai remarqué des similitudes entre le dessin et le personnage.

Le personnage qu'elle modèle est composé de deux boules de taille similaire : « *une tête posée sur un corps* ». Sa description de ce personnage est spontanément très riche : c'est un personnage « *ambivalent : mi-femme (au niveau du corps), mi-animal ou extraterrestre (concernant la tête)* dont elle parle au féminin. Elle porte une robe bleue, et ses « *bras tombent de chaque côté du corps* ».

Bien qu'elle n'ait pas de membres inférieurs (comme sur le dessin), Chantale dit qu' « *on imagine qu'elle a des jambes et de petits pieds* ». Chantale se prête à un jeu de questions/réponses : « *Est-ce qu'elle a l'air bien ? Oui même si elle n'a pas un visage terrible. Je lui fais « coucou » mais elle ne répond pas. Elle passait par*

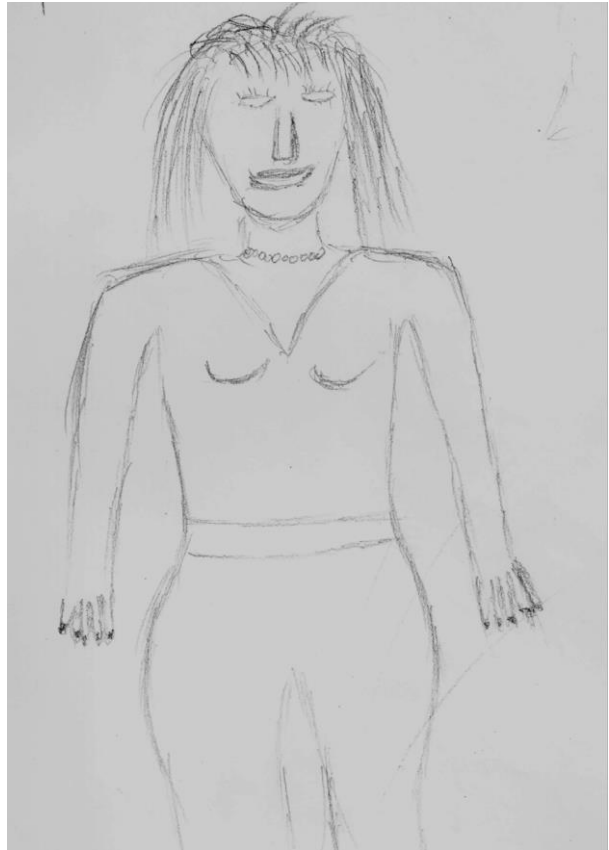
---

<sup>43</sup> Se référer à l'annexe 2.

là et s'est dit que ça pouvait être intéressant, son problème c'est qu'il faudrait qu'elle retrouve ses pieds et surtout ses jambes pour pouvoir marcher librement et vivre sans souci. » Elle termine en disant qu'elle aimerait modifier le visage de son personnage, qu'elle ne trouve pas très réussi mais qu'il a quand même « l'air d'être bien. »



Personnage en pâte à modeler



Dessin du bonhomme de Chantal

#### *h) Examen du tonus*

« Pour cette situation, vous choisirez ou non de fermer les yeux. Je vous demande de vous détendre, le plus possible. Je vais mobiliser tour à tour chacun de vos membres en commençant par vos bras puis vos jambes. Les contacts que je vous propose restent pudiques. Je vous demande de ne pas chercher à m'aider mais au contraire, de bien vous laisser faire ».

L'extensibilité et le ballant sont évalués sur chacun des quatre membres. Ceci permet d'observer la réaction du sujet au contact physique. Il lui est également demandé de faire une auto-évaluation de son état tonique qui complète l'évaluation que j'ai faite.

Je remarque de manière systématique des paratonies plus ou moins marquées. Lors de l'épreuve de la chute, les oscillations restent raides et nécessitent que je demande au sujet de « bien laisser poser le poids de ses bras dans mes mains ».

### **B) Compte-rendu de bilan**

Je rédige ensuite une synthèse de ces observations et je détermine plusieurs objectifs de suivi en psychomotricité que je présente ensuite au sujet. Pour ce faire, je détermine :

- si le sujet me semble en lien avec lui-même (avec ses sensations, son vécu de l'instant). Comment est-ce qu'il investit et habite son corps et sa parole ?
- la tonalité que je pourrais donner à la relation qui s'est nouée entre nous : rencontre immédiate, opposition, souci de bien faire, rapport de séduction, sensation de mal-être diffus...
- ce que la rencontre avec cette personne a suscité en moi, analyse qui se fait souvent dans l'après-coup.



## IV. L'abord psychomoteur comme une possibilité d'action sur les images du corps

---

Si comme le souligne E. Pireyre, « *la conceptualisation de l'image du corps n'est pas le fait des psychomotriciens eux-mêmes, la loi (par le décret de compétences) confie aux psychomotriciens la responsabilité de contribuer à l'amélioration des troubles de l'image du corps et donc d'avoir un effet psychothérapeutique.* »

Dans cette partie, j'évoquerai comment le psychomotricien peut amener le sujet, par la réappropriation de son vécu corporel, à améliorer la qualité de l'image qu'il a de lui-même.

### IV-1- Le modèle de la métamorphose

Pour G. Deleuze, à mesure que le sujet se transforme, ce qu'il devient change aussi. Il s'agit d'une fusion entre « être » et « devenir ». Le devenir<sup>44</sup> est un processus qui implique une métamorphose et nécessite de créer de nouveaux rapports, de nouvelles formes.

Il estime qu'il est nécessaire de **repenser un devenir qui défait l'être de ses identités figées**, ce qui permet de **se recréer**, en l'affirmant et en désirant cette recréation comme source d'une **nouvelle perspective de soi-même**.

F. Sironi avance donc l'intérêt de penser la question transidentitaire en termes de **devenirs** plutôt qu'en termes de causalité. Elle propose d'aborder la transsexualité comme une **contrainte à la métamorphose** permettant une mise en adéquation de ce que le sujet ressent avec ce qu'il montre à voir. Ainsi, **construire des devenirs**, c'est être conforme à la logique d'être en devenir qui habite les personnes transsexuelles.

Cette conception du sujet peut être rapprochée de celle prônée par la psychomotricité qui vise à relancer la dynamique sensation/représentation/action.

---

<sup>44</sup> F. Sironi, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob, Paris, 2011, p. 164.

Le thérapeute accompagne une **restructuration identitaire en conscience** permettant ainsi d'éviter des décompensations identitaires passagères ou permanentes s'exprimant sous forme de mal-être, dépression, d'ambivalences anxiogènes, d'étrangetés psychiques, de douleurs somatiques changeantes. En psychomotricité, il s'agirait de mettre le sujet à la fois en position d'**acteur** et de **spectateur** des modifications profondes qui le traversent.

#### IV-2- Ouvrir à la multiplicité en soi : être soi au-delà d'être homme ou femme

V. De Gaulejac rattache la complexité du concept d'identité à la coexistence de deux composantes. Une dimension « **objective** » puisqu'elle est définie à partir de critères juridiques, sociaux et physiques qui s'imposent au sujet et une dimension « **subjective** » elle s'étaye sur des intentions, des perceptions, des sentiments, donc sur une subjectivité dont on sait qu'elle est « sujette à caution », donc vulnérable et parfois éphémère.

En d'autres termes, l'identité est au point d'intersection de deux irréductibles : **l'irréductible psychique**, qui se fonde sur un **désir d'être**, et **l'irréductible social**, qui fonde l'existence individuelle à partir de sa **place** dans une lignée (dans la diachronie) et de sa position dans la société (dans la synchronie).

L'identité n'est pas une donnée innée, elle se construit. Selon G. Devereux, elle résulte d'un assemblage, à la fois planifié et fortuit, qui se constitue à la **rencontre** entre d'une part ce qui tient à la partie nucléaire du psychisme, la personnalité **idiosyncrasique** qui recouvre l'idée de « moi-même », et d'autre part la personnalité **ethnique** qui révèle l'ambiance sociale et culturelle, le contexte dans lequel l'individu s'inscrit.

L'identité personnelle est moins une donnée qu'une **conquête**. L'affirmation de « moi-même » est une nécessité pour le sujet qui cherche à conquérir une **autonomie**. Autonomie<sup>45</sup> venant étymologiquement de *autos* : soi-même et *nomos* : loi, règle.

---

<sup>45</sup> [http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Emmanuel\\_Kant/126964](http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Emmanuel_Kant/126964)

Il s'agit donc de la capacité à être soi-même l'auteur de sa propre loi. En d'autres termes, chaque individu tente de **se définir comme un soi-même** à partir d'éléments disparates ; d'un côté les désirs, les projections, les attentes et les aspirations de son entourage, de l'autre les normes, les codes, les habitus et les modes de classement que chaque milieu produit pour désigner et reconnaître chacun des membres qui le composent.

Transposé au sujet transsexuel, on peut dire qu'il s'agit de trouver un équilibre entre **l'image** qu'il doit renvoyer pour être **reconnu** comme femme (par son entourage proche, par la société) et ce qu'il **souhaite exprimer** de lui-même. Par équilibre, on peut entendre qu'il s'agit de n'être prisonnier ni de l'un ni de l'autre et de pouvoir se nourrir de toute la richesse de ces deux pôles suivant les situations.

J'ouvre ici une parenthèse pour relier la proportion des sujets MtF (75%) par rapport aux sujets FtM (25%) à l'idée, systématiquement évoquée en entretien, selon laquelle la transition Homme-vers-Femme permet au sujet d'exprimer sa sensibilité. Ceci m'a amenée à me demander s'il n'est pas plus difficile pour les hommes d'exprimer leur « part féminine » que pour les femmes, leur « part masculine ». Ainsi, s'il existe de fortes revendications et une lutte vieille de plusieurs dizaines d'années de la part des femmes pour sortir du rôle maternel, de « bonne mère » et de « bonne ménagère » dans lequel elles se sont retrouvées cantonnées pendant des années, les hommes eux n'ont pas lutté<sup>46</sup> pour avoir le droit d'exprimer leur part féminine. Un homme efféminé sera, par exemple, rapidement qualifié « d'homosexuel ».

Pour B. Lesage, « *Nous vivons selon les circonstances et les besoins du moment sur un **gradient corps-objet, corps-sujet**. Se laver les dents ou soigner une blessure nous situe dans un rapport objectal au corps, de même qu'exécuter le geste qu'un instrument requiert pour son fonctionnement. En revanche, le même geste c'est-à-dire plus précisément la même forme motrice, peut relever d'une polarité subjective, par exemple dans la danse, dès lors qu'il n'y a plus de réponse contrainte mais un **acte créateur de sens**. [...]* »

---

<sup>46</sup> Pour ne donner qu'un exemple, la création du congé de paternité date seulement de 2002 en France. Source Internet : <http://fresques.ina.fr/jalons/fiche-media/InaEdu01174/l-instauration-du-conge-de-paternite-en-2002.html>

*Le corps n'est pas que réponse contrainte aux exigences de l'environnement, il devient capable d'une capacité de **déploiement créateur**. »<sup>47</sup>*

J'ai pu observer que certains semblaient très attentifs à leur manière de se tenir, de marcher, de se comporter... Je me suis alors questionnée sur la part de ce qui est **naturel** car tellement ancré d'un point de vue identitaire (par exemple, la personne qui se considère comme femme, donc ne parle d'elle qu'au féminin) et la part de ce qui a nécessité des **efforts d'apprentissage** et qui est contrôlé (concernant les attitudes, les postures, la manière de parler, de rire...).

L'enjeu d'une approche psychomotrice serait alors de faire en sorte que le sujet se vive non plus dans un rapport **corps/ « objet au service d'une féminité reconnue »** mais **corps/sujet**. Ceci passe notamment par la réappropriation de sa gestuelle, de sa démarche. Le but étant que celles-ci deviennent plus naturelles, réellement intégrées et donc plus confortables pour la personne.

Parallèlement, il s'agit de faire diminuer l'anxiété liée à la peur d'être démasqué et l'exigence à laquelle la personne se soumet pour se ressentir comme féminine.

B. Lesage poursuit en disant qu'« *un travail psychocorporel est un jeu sur les possibles du corps, c'est-à-dire de soi, ouvert au monde, à autrui, l'expérience d'un corps resubjectivisé, réintentionnalisé, réinscrit dans les flux des interactions, avec les possibilités de miroitage, d'appui réciproque, de différenciation par contraste, une exploration de ce que le sujet est et de ce qu'il peut devenir sans se perdre.* »

---

<sup>47</sup> B. Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structure, étayage, mouvement et relation*, Erès, Toulouse, 2012.

### IV-3- Comment faire pour aller dans cette direction ?

#### A) Accepter la présence de cet autre permanent ou transitoire en soi, ressentir sa continuité d'existence

Quitter la forme d'avant n'implique pas obligatoirement de renoncer aux investissements passés. Le psychomotricien peut amener le sujet à réhabiliter la présence de cet autre qu'elles étaient avant, dans le but de construire les conditions d'émergence d'un **investissement narcissique solide de l'identité** révélée et vécue au grand jour. Le sujet revisite les liens qu'il entretient avec son moi passé, cet « autre en soi ». Pour F. Sironi, si cet « autre en soi » est évincé, il peut venir gêner la nouvelle forme et se manifester sous la forme d'un épisode dépressif.

Il s'agit de **construire le sentiment de sa propre continuité d'existence** afin de mieux investir dans le présent, dans la réalité, la « nouvelle » identité. Le psychomotricien a donc pour rôle d'amener le sujet à se réapproprier son vécu corporel. Cette réappropriation peut parfois s'apparenter à l'idée de « mourir à soi-même et de renaître ». Ceci s'illustre avec Léonie qui a signé ce changement à même sa peau : elle s'est fait faire un tatouage représentant un phénix car, dit-elle, il « *renaît de ses cendres* ».

Le sentiment de continuité d'existence, tel que décrit par E. Pireyre<sup>48</sup>, peut être abordé dans des propositions visant à reconnecter le sujet avec ses sensations corporelles (alors qu'il est dans un rejet plus ou moins important).

Catherine évoquera que les séances de psychomotricité ont sur elle l'effet d'un « révélateur » : « *maintenant, je suis moi et mon corps est moi* ». Sportive de haut niveau, elle explique ne pas avoir ce rapport à son corps d'habitude. Ainsi, lorsque je l'invite à s'auto-masser, elle aura des gestes très doux, comparables à des effleurements comme si elle découvrait, du bout des doigts, une partie d'elle-même laissée à l'abandon.

Ce serait également l'occasion de revenir sur les diverses attaques subies par le corps (mutilations, scarifications) que l'on peut aborder comme une difficulté de mentalisation.

---

<sup>48</sup> E. Pireyre, *Clinique de l'image du corps. Du Vécu au Concept*, Dunod, Paris, 2011, p. 53.

Le psychomotricien possède différents outils pour amener le sujet à cette conscientisation de ses ressentis.

Ainsi, j'ai proposé trois séances à Léonie. Elle était très enthousiaste pour venir en séance mais ne semblait pas adhérer aux propositions que je lui faisais, le rapport à elle-même étant peut-être trop direct. C'était une personne par ailleurs créative et possédant une certaine habileté gestuelle (elle aime dessiner et faire des origamis). J'ai donc par la suite envisagé, sans pouvoir le mettre en application, de lui proposer un atelier terre comme possibilité d'aborder la sensorialité (par la texture, la couleur, l'odeur de la terre). La matière terre pouvant également servir de support d'expression et de projections de son vécu corporel.

Dans la **relaxation**, l'attention du sujet est constamment ramenée vers ses sensations. La relaxation<sup>49</sup> permet de toucher à tous les pans de l'image du corps en proposant un dispositif avec les conditions de silence, de lumière atténuée, la position allongée, la voix calme du thérapeute, l'importance des sensations corporelles.

Ces conditions sont favorables à des expériences de régression. Pour M. Balint, la relaxation permet de toucher à « l'enfant dans le patient » et donc **d'accéder aux images du corps enfouies**. Le thérapeute met son psychisme à disposition du sujet, tel un « moi auxiliaire » : il a la capacité de transformer des émotions inassimilables en quelque chose de recevable pour le sujet. C'est ce que W. Bion qualifie de fonction alpha du thérapeute. Il offre au sujet l'opportunité d'une expérience où pourrait se constituer, par le mécanisme d'étayage et d'introjection de la fonction contenante du thérapeute, une **enveloppe psychique** (D. Anzieu), une **peau psychique** (E. Bick). Par les mots, le thérapeute guide le sujet dans l'exploration de ses ressentis mais c'est la **voix** (sa mélodie, ses modulations, ses intonations) qui le touche, constituant une « enveloppe sonore du soi ». J. Marvaud évoque que le bain sonore, qui caractérise le monde de l'enfant (paroles enveloppantes, rassurantes), ressurgit sans cesse en relaxation ce qui offre une expérience structurante et narcissisante au sujet.

---

<sup>49</sup> M. Guiose, *Relaxations thérapeutiques*, Heures de France, Paris, 2007, p. 97.

J'ai noté chez Catherine un hypercontrôle tonique du haut du corps, notamment au niveau des bras. J'ai commencé par lui proposer de la relaxation par induction verbale en l'invitant à ressentir successivement chaque partie de son corps comme lourde, chaude et détendue. J'ai ensuite imprimé des mobilisations passives de chacun de ses membres à l'aide d'un tissu. Elle exprime avoir apprécié cette expérience dans laquelle il s'agissait de « *se laisser faire* » et non plus de contrôler ses mouvements.

### B) Propositions autour de l'expressivité

J'ai pu remarquer que pour certains, l'**expressivité verbale** est très investie et sert d'appui lorsque la personne se trouve en difficulté dans une proposition (comme le mime dans le bilan). J'ai donc choisi de baliser les temps de parole au sein de la séance, notamment en utilisant le rituel suivant : donner un mot en début et en fin de séance pour qualifier l'état dans lequel la personne se sent.

Il me semble également intéressant de faire prendre conscience au sujet que l'**expression non-verbale** (le regard, les expressions faciales, les gestes et la posture, l'occupation de l'espace) permet de communiquer son état à son interlocuteur.

Je propose à Catherine une écoute musicale suite à laquelle je lui demande de me citer des mots qui lui viennent pour qualifier cette musique. Ensuite nous essayons de la mettre en mouvements. Il s'agit donc de retranscrire une émotion par sa gestuelle, son occupation de l'espace, sa manière de se déplacer...

J'ai pu observer dans le bilan la difficulté de certains de mimer une émotion dans laquelle ils ne se trouvaient pas au moment du bilan (la colère par exemple) ou à mimer une activité sans objets. Ceci me fait penser que dans un second temps, des propositions autour de l'expressivité permettrait au sujet de se décaler et de prendre de la distance par rapport à ce qu'il renvoie et ce qu'il ressent. Le psychomotricien peut offrir la possibilité au sujet de s'envisager différemment en l'amenant à jouer avec son état, à endosser un rôle...

### C) Amener à une revalorisation narcissique

Chez tous les sujets que j'ai rencontrés, j'ai retrouvé des expériences de rejet, d'humiliation, de honte... souvenirs marquants qui fragilisent l'assise narcissique du sujet. La relation duelle en séance rend le thérapeute particulièrement disponible pour le sujet, permet de le placer en position d'expert de sa problématique, de le valoriser et de le soutenir dans sa démarche.

Les séances ont également pour objectif d'amener à une **renarcissisation** tout en gardant à l'esprit qu'apprendre à vivre avec soi est le travail d'une vie.

Pour ce faire, on peut imaginer qu'utiliser un support photo ou vidéo peut avoir un intérêt, notamment pour montrer au sujet de quelle manière il a évolué au fil des séances en lui offrant un regard autre.

### D) Hypothèses concernant la sphère sexuelle

Pour E. Pireyre, l'identité de genre (qu'il appelle « identité sexuée ») doit figurer dans une théorie de l'image du corps, considérant par-là que les troubles de l'identité de genre correspondent à des troubles de l'image du corps. Cependant, il considère que les réponses apportées par la thérapie psychomotrice restent pauvres et que c'est là une des limites d'une approche corporelle, évoquant que « *le corps dont s'occupent les psychomotriciens est un « objet » en partie « dégénitalisé.* »<sup>50</sup>

Pour dépasser cette difficulté, j'évoquerai succinctement les travaux d'A. Dupuis - de Charrière, thérapeute de la psychomotricité et formée en sexologie, en Suisse. Elle s'appuie sur l'**approche sexocorporelle** développée par J-Y Desjardin.

Dans son étude faisant l'hypothèse que la construction de limites claires entre soi et autrui est nécessaire à une satisfaction dans la vie de couple, notamment sur le plan sexuel. Elle évoque que l'articulation de ces limites dépend de l'espace intermédiaire – espace potentiel pour D. Winnicott - qui s'est plus ou moins bien constitué.

---

<sup>50</sup> E. Pireyre, *Clinique de l'image du corps. Du Vécu au Concept*, Dunod, Paris, 2011, p. 22/23.



Elle relie psychomotricité et troubles sexuels par la **sensorialité** et la **difficulté de l'intégrer** pour lui donner du sens, de l'utiliser comme instrument de découverte de soi, de la coder - ou la décoder - dans la découverte de son corps lorsqu'il est en relation avec celui de l'autre.

La sexualité, pour ce modèle, dépend de l'acquisition, dans ces diverses dimensions, des **habiletés sexocorporelles** : « *en habitant son corps, en portant sa masculinité ou sa féminité, en modulant son tonus et ses mouvements, l'homme, la femme peuvent s'amener à la Volupté, gérer et moduler l'excitation jusqu'à l'orgasme.* »<sup>51</sup> La Volupté est décrite comme la capacité de vivre dans son corps et avec son corps la relation corporelle – amoureuse et sexuelle. Selon elle, cette capacité vient de ce qui s'est constitué – dans l'émotion et dans le corps - grâce à la sensorialité partagée dans la relation corporelle primaire au corps maternel.

On peut faire l'hypothèse que la **réappropriation** du vécu corporel aura des répercussions favorables sur la manière de vivre sa sexualité. Cet aspect serait notamment à développer avec des personnes venant de subir l'intervention chirurgicale génitale, afin d'observer comment est investie cette nouvelle partie du corps.

Pour conclure cette partie, je dirai que chacun d'entre nous met en place des **stratégies individuelles** permettant de mieux se connaître au travers de pratiques artistiques, de cours de sport ou d'ateliers de développement personnel. Or, on peut imaginer que le sujet transsexuel est en difficulté pour aller **spontanément** dans des cours collectifs de ce type. Le psychomotricien aurait alors toute sa place pour permettre au sujet, par la prise de conscience de ce qu'il est et de ses ressources personnelles, d'effectuer par la suite de manière autonome cette démarche, c'est-à-dire d'utiliser comme tout un chacun les ressources collectives.

---

<sup>51</sup> <http://www.meindex.ch/hp/special.las?s=anne.dupuis.decharriere>

## V. Entre Romain et Romane

---

**Romain** est une jeune femme transsexuelle Male to Female. Il a débuté son parcours il y a seulement 6 mois et va passer le M.M.P.I.2, ce qui lui permettra d'accéder, dans les prochains mois, à une hormonothérapie.

Cette étude de cas me permettra d'avancer l'hypothèse qu'il peut être **intéressant d'engager un accompagnement en psychomotricité quand bien même il n'a encore subi aucune modification physique afin de lui permettre une élaboration autour son vécu corporel**. Notre approche psychomotrice maintient le sujet intègre quel que soit le stade de son parcours sans se le représenter clivé entre un corps imaginaire qui serait porteur du sexe souhaité et un corps réel susceptible d'être transformé. Le sujet ne cesse d'être sujet.

Romain a choisi **Romane** comme prénom féminin. Ce prénom, peu éloigné de son prénom masculin, lui permet d'avoir l'impression de rester la même personne et donc de ne pas « *entrer dans un nouveau rôle* ». Pour cette étude de cas, j'ai choisi de parler de lui au féminin par respect pour son identité de genre. Ainsi elle se définit et parle d'elle au féminin lors de nos entretiens.

Je l'ai rencontré sept fois : trois fois pour l'anamnèse et la passation d'un bilan, je lui ai ensuite proposé quatre séances en Psychomotricité.

### V-1- Anamnèse

#### A) Présentation

Romane est âgée de 26 ans. Très investie dans ses études, ses loisirs sont le cinéma et la marche à pied. Elle a une sœur et un frère avec lequel elle vit en colocation. Elle entretient une relation complexe avec son père, pompier, qu'elle idéalise mais avec lequel elle est en conflit permanent. Sa mère exerce dans le milieu médical.

Elle est curieuse et fait une analyse fine des situations qu'elle vit ; c'est une personne au contact agréable avec laquelle j'apprécie échanger.

Elle est vêtue de vêtements larges et sombres, elle porte une capuche et de larges baskets. Ce type de tenue lui permet de « *se cacher* » dit-elle. Son visage est pâle et encadré de longs cheveux blonds et ondulés. Elle porte en permanence des bracelets de force à chaque poignet et dit que ce contact la rassure et lui permet de « *se sentir attachée* ». Elle porte du vernis à ongles coloré sur les mains depuis quelques semaines. Ce signe apparent de féminité la **conforte** dans sa démarche de réassignation sexuelle.

### B) Evolution de son vécu corporel depuis l'enfance

Enfant, elle se demande pourquoi elle a un corps de garçon. Un peu avant la puberté, elle ne comprend pas ce que « *son sexe fait ici* » et le considère comme une « *mutation difforme* » qu'elle souhaite mutiler.

La période de l'adolescence est vécue douloureusement. Elle ne supporte pas de se regarder dans le miroir et se met à pleurer lorsqu'elle se voit en photo. Elle essaie, dans un premier temps, de « *coller à son genre* » et porte attention à être suffisamment masculine pour ne pas être traitée « *d'homosexuel* ». A cette époque, elle se mutile les bras ce qui lui laisse des cicatrices.

Entre 16 et 21 ans, Romane a pris beaucoup de poids qu'elle a perdu en 4 mois suite à un épisode dépressif, datant d'il y a deux ans. A l'heure actuelle, son rapport à la nourriture semble s'être équilibré.

### C) Annonce du transsexualisme

Il y a 6 mois, après son premier rendez-vous avec la psychiatre, elle a parlé de sa démarche à sa mère. Celle-ci la soutient sans sembler réellement comprendre de quoi il s'agit. Elle a annoncé sa démarche à son père plus tardivement. Il a réagi assez violemment, associant cette révélation à un coming-out homosexuel.

Ses amis proches l'ont bien acceptée sans qu'elle sache s'ils ont réellement compris quelle était sa démarche. Elle est particulièrement soutenue par un ami très proche qui se définit comme transgenre. Enfin, elle participe depuis peu aux réunions d'une association qui soutient les personnes confrontées à des situations transidentitaires.

#### D) Evolution de son vécu depuis l'annonce

Romane évoque son besoin de **faire sa transition à son rythme**. A l'heure actuelle, elle se considère à « *100% comme une femme d'un point de vue personnel* » et « *comme un mec, d'un point de vue social* ». Le décalage entre ces deux aspects d'elle-même lui donne l'impression d'être une « *manipulatrice* » lorsqu'elle « *joue son jeu de mec* ».

Elle préférerait commencer par féminiser sa voix par à une prise en charge en orthophonie pour ensuite féminiser davantage son apparence. En effet, sa voix est ce qui la dérange le plus car elle s'entend parler toute la journée alors qu'elle n'est pas confrontée à son image en permanence.

Bien qu'elle considère, qu'à l'heure actuelle, être une femme au quotidien lui demanderait des efforts trop importants, elle se met en situation afin de trouver dans **quelle expression de son genre** elle se sent la plus à l'aise. Comme sa mère qui, selon elle, est « *féminine sans plus* », elle ne se voit pas dans une « *féminité exacerbée* ». Elle porte un soin particulier à sa coiffure et s'épile les sourcils, elle aime porter des jeans féminins mais dit ne savoir pas comment faire pour être une femme. Le psychomotricien, dont l'action est complémentaire à celle des autres professionnels de santé, a sûrement un rôle à jouer : accompagner Romane pour qu'elle trouve de quelle manière elle a envie d'exprimer ce qu'elle appelle « *féminité* » et qu'elle se sente plus en accord avec elle-même. Il pourrait ainsi se positionner en marge du processus de réassignation. Il ne s'agit donc pas de prendre position quant à la pertinence de l'intervention médico-chirurgicale mais de soutenir le sujet dans **sa quête d'identité**.

#### E) Relations amoureuses

Ce qu'elle considérait dans un premier temps pour de « *l'attirance sexuelle envers une de ses amies* » s'est, en fait, révélé être de « *l'admiration pour son corps* ». Elle a essayé d'avoir quelques petites amies sans que cela se concrétise, la relation débouchant sur une amitié.

Elle se considère actuellement comme bisexuelle. Elle ne se projette pas dans des relations sexuelles avec des femmes en ayant son sexe d'homme. Elle est en couple avec un homme homosexuel qui dit l'aimer comme elle est et qui lui permet de se découvrir.

Cependant, même si cette relation est vécue de manière positive, Romane évoque le fait que, concernant les relations sexuelles, elle a l'impression « *de ne pas être du tout dans [son] corps, d'être une machine pas à sa place, d'être autre chose* ».

## V-2- Compte-rendu du bilan psychomoteur

De manière générale, Romane me semble mal à l'aise lors de la passation du bilan. Sensible au fait de réaliser correctement ce que je lui propose, elle a tendance à se dévaloriser et porte un regard très négatif sur ce qu'elle fait.

### ⊗ Versant expressif

Romane se trouve peu expressive et dit avoir une gestuelle pauvre (« *aussi expressive qu'un caillou* »). Elle dit qu'elle a tendance à se replier sur elle-même car le fait d'avoir ce corps et ses attitudes masculines l'empêche d'entrer en relation de manière détendue. C'est un cercle vicieux : plus elle est angoissée, plus elle se trouve masculine, plus elle se trouve masculine, plus elle est angoissée.

Elle éprouve des difficultés à mimer les émotions de base (tristesse, joie, colère, dégoût, surprise) et il y a **peu de différence** entre chaque émotion au niveau gestuel. Cependant, elle arrive à décrire précisément l'émotion qu'elle voudrait faire passer sans y arriver. Elle dira ainsi que pour la joie, elle prendrait un ton plus respiré, plus haut, plus aérien et plus rapide.

Ce décalage entre ce qu'elle transmet verbalement et non verbalement est marqué et retrouvé tout au long du bilan. Ce qui peut évoquer une difficulté à habiter et faire vivre son langage.

### ⊗ Versant tonique

Concernant la régulation tonique, Romane décrit sa marche de « *presque robotique* ». Elle se déplace systématiquement avec les mains dans les poches ce qui donne un aspect raide et fermé à sa démarche. Je retrouve cette attitude, avec les bras immobiles, lorsque nous nous échangeons une balle avec le pied.

Elle se sent tendue au niveau du haut du corps et est voûtée vers l'avant.

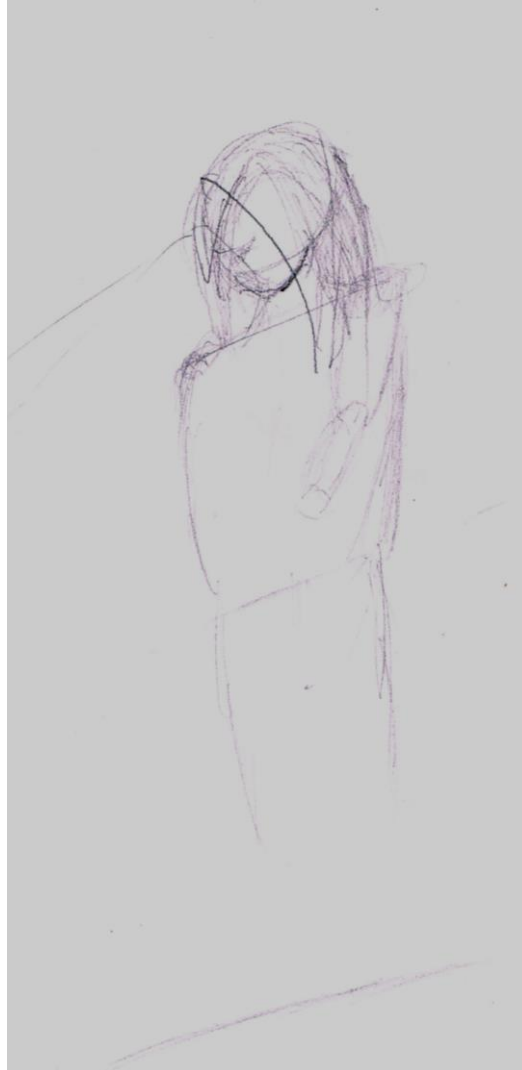
Concernant l'examen du tonus, d'emblée, Romane exprime sa gêne avec le contact physique et explique que ce n'est pas quelque chose qu'elle apprécie. Néanmoins, elle accepte que je la mobilise. Je remarque des paratonies ainsi qu'une anticipation des mouvements que ce soit au niveau des bras ou des jambes. Lorsque j'imprime à ses bras des oscillations puis que je les lâche sans prévenir (item de la chute), ses bras restent horizontaux et ne retombent pas de part et d'autre du tronc. Ceci pourrait confirmer l'hypothèse d'une difficulté de régulation tonique, parasitée notamment par les émotions qu'elle ressent.

#### ⌘ Dessin du bonhomme

Cet item a suscité beaucoup de questionnements et de réactions négatives et s'est rapidement orienté vers un **autoportrait**. Son dessin est fantomatique. Il s'agit plus d'une esquisse au crayon à papier représentant un visage vide, sans organes des sens, recouvert de longs cheveux.

Après quelques minutes, elle dit que son dessin est plutôt masculin et qu'il donne une idée de la manière dont elle se représente son corps. Elle a matérialisé le sol par un trait, cependant ses jambes s'arrêtent au niveau des genoux laissant un espace vide entre les deux.

On peut imaginer que cela symbolise la difficulté de rapport à elle-même que semble avoir Romane. Ce que je mets également en lien avec ce besoin d'être « *attachée* » physiquement par ses bracelets dans une tentative de trouver un appui, une accroche car son rapport douloureux à son vécu corporel ne lui a pas permis d'intégrer un ancrage suffisant par ailleurs.



Dessin du bonhomme de Romane

Romane avance le fait qu'elle **ne se représente pas son corps**, qu'elle ne le connaît pas. Elle explique que c'est une sensation généralisée : elle n'a aucune mémoire des personnes qu'elle rencontre et dit ne pas détecter les émotions ni chez elle ni chez les autres. Ceci la met en difficulté pour aller vers les autres et fait qu'elle a tendance à se mettre en retrait.

On peut alors faire l'hypothèse que le contre-investissement corporel lié au rejet de genre a eu des conséquences dans la construction de son image du corps. Cette construction précaire du référentiel interne se traduit par ces difficultés de vécu et de compréhension du vécu de l'autre.

L'image que nous avons de nous-même n'est pas un « *acquis inaltérable* » et « *le caractère labile de l'image du corps en fait un support d'interaction ; l'image que je peux construire de mon corps est aussi ce qui me permet d'accéder à celle d'autrui. Je ne peux comprendre l'autre que si je dispose de cette faculté pour moi-même, si mon vécu corporel peut être affecté non seulement par les événements physiques mais aussi par les relations que j'engage.* »<sup>52</sup>

Ceci permet de poser l'hypothèse qu'une approche en psychomotricité peut amener « *le sujet à s'éprouver comme sujet incarné.* » En effet, « *bouger, ressentir la chaleur du mouvement, les jeux articulaire et musculaire, affiner la perception de l'espace corporel, par exemple en différenciant les zones solides ou d'appui liées au squelette, les lieux de mobilité, les changements de forme, de densité, sont en elles-mêmes des expériences structurantes qui ancrent le sujet dans une corporéité qu'il apprivoise. Le corps se fait familier et l'expérience du corps conduit à l'intime, à la proximité de soi-même, conjointement à celle d'autrui.* »<sup>53</sup>

### V-3- Objectifs de suivi en psychomotricité

Au vu de ces différents éléments, on remarque que la relation que Romane a à elle-même est complexe. J'oriente le suivi vers :

- Un accompagnement en psychomotricité comme occasion d'**expérimenter un vécu autre**, d'être dans un plaisir d'agir et ainsi de relancer la dynamique **sensations/perception/actions/représentations** lui permettant par sa propre expérimentation d'enrichir ses représentations corporelles.
- L'accompagner dans **l'exploration d'une expressivité gestuelle** engageant l'ensemble de son corps de manière à lui offrir un moyen de communiquer ses ressentis autre que par la verbalisation (domaine très investi). En parallèle, valoriser ses capacités imaginatives afin d'aller vers un **renforcement narcissique** l'amenant à adoucir le regard qu'elle porte sur elle-même.

---

<sup>52</sup> B. Lesage, *jalons pour une pratique psychocorporelle, structures, étayage, mouvement et relation*, Erès, Toulouse, 2012.

<sup>53</sup> Ibid., p.63.



### A) Baguette de bambou

Il me semble primordial d'instaurer, dès les premières rencontres, un climat de confiance entre nous, afin qu'elle sente que les séances sont un **espace de libre-expression** dans lequel elle ne sera pas jugée.

Dans ce but, je lui propose, les yeux fermés, de faire tenir entre nous, une baguette en bambou, par la seule pression exercée par un doigt sur l'extrémité de cette baguette<sup>54</sup>. Il s'agit ensuite de suivre les mouvements impulsés par l'une et par l'autre. Cet exercice me permet de l'amener à **prendre conscience de son état tonique** et de ce que l'on se communique via les mouvements médiatisés par la baguette (mouvements, différences de pression) et par cette plus grande conscience, de réadapter son état tonique. La première fois que je lui propose cet exercice, son contact est hésitant. La seconde fois, je l'interroge sur ce qu'elle a trouvé de différent par rapport à la première fois. Romane dit avoir été très tendue en début d'exercice sans parvenir à entrer dans la proposition. C'est la musique que j'ai utilisée, une chanson connue et appréciée, qui lui a permis de se détendre et d'entrer dans la proposition. Elle a donc la capacité de savoir quand elle est présente ou non et pourquoi. Son contact au travers de la baguette était **plus franc**, elle a essayé de nouveaux gestes (changement d'orientation de la baguette, baguette tenue verticalement), de tenir la baguette avec d'autres doigts, de la tenir à différents endroits de son corps.

C'est un exercice qu'elle apprécie vivement et qui, dit-elle, « *nécessite de trouver une manière de communiquer son intention à son partenaire* » tout en étant à distance, **sans intrusion** de l'espace de l'une et de l'autre. Ceci renvoie aux places symboliques que nous occupons l'une et l'autre.

---

<sup>54</sup> Proposition développée par A. Lapiere et B. Aucouturier, La symbolique du mouvement, EPI, Paris, 1975.

## B) Auto-massage

L'une des premières propositions sera celle d'un auto-massage car si Romane exprime sa difficulté à être touchée, je souhaite voir ce qu'il en est lorsque c'est elle qui se masse.

Ses gestes sont **caressants, très doux**, comme des effleurements du bout des doigts. Elle dira par la suite qu'elle ne ressent rien lorsqu'elle se frictionne, qu'elle n'a pas de « *sensations musculaires* », profondes, mais uniquement des sensations de surface concernant directement la peau. La caresse renvoie-t-elle à quelque chose de plus féminin contrairement à ce qu'elle décrit comme des « *sensations musculaires* » ?

Par ailleurs, elle dit **ne pas avoir l'habitude de ce rapport à son corps** et que le contact avec son corps est trop direct.

De plus, « être touchée » pour Romane, c'est « *mettre son corps en interface avec les autres personnes* ». Cette définition m'amène à penser qu'il serait intéressant de lui faire expérimenter que la relation à l'autre peut-être agréable et **colorée d'affects positifs**. Je pose alors l'hypothèse que Romane serait peut-être plus à l'aise dans un rapport moins direct notamment par une mise en mouvements.

## C) Des mots aux gestes

J'ai commencé par lui proposer d'expérimenter différentes manières de lire un poème : avec différentes émotions, en variant la vitesse de lecture et le volume de sa voix. J'ai choisi d'utiliser un **support concret** car elle dit être plus à l'aise lorsqu'elle peut **contrôler sa voix**. Nous lisons chacune un vers et j'accentue les émotions que je souhaite transmettre ce qui semble l'aider à exprimer une émotion ou l'autre plus clairement.

L'idée étant de l'accompagner à se détacher du support écrit pour aller vers une **spontanéité** tant verbale que gestuelle. Je lui propose ensuite de parler dans un langage inventé. Je parle dans un langage inventé en utilisant une certaine émotion puis je lui demande de me répondre en employant le même ton, pour voir si elle décode l'émotion que j'ai essayé de faire passer et comment elle la retranscrit dans sa manière de parler.

Elle reconnaît aisément les différentes émotions mais c'est un exercice qu'elle trouve difficile car elle a moins de contrôle sur ce qu'elle va dire que lorsqu'elle doit simplement lire le texte.

Lors de la troisième séance, je lui propose de me dire ce que lui **évoque** l'écoute d'un morceau de musique. A partir des images qui lui viennent, à savoir « *dramatique, vide, inerte, sans mouvement* », nous écrivons une courte histoire<sup>55</sup> que je lui proposerai ensuite de mettre en mouvements.

Ceci me permet de valoriser ses capacités imaginatives et expressives concernant le plan verbal. Nous inventons un geste pour chaque phrase puis nous réalisons un **enchaînement**, l'une face à l'autre en miroir en essayant de reproduire le geste le plus précisément possible. Elle dit que l'histoire commence doucement et de manière statique (avec la pluie, la fumée) puis qu'elle devient plus dynamique grâce à l'entrée du personnage. Les émotions rattachées sont globalement négatives (« *gris, vide, plombant* »), ce que je mets en lien avec son état du moment (anxieuse et préoccupée). Elle se dit être très attentive à la qualité du mouvement. C'est un exercice qu'elle a apprécié du fait qu'elle était libre de choisir le geste à proposer.

Lors de la séance suivante, nous relisons le texte à tour de rôle. Romane ose prendre **plus de place** dans notre échange et demande à relire le texte avec une intonation différente de la mienne, qu'elle trouve plus adaptée. Cette fois-ci, une nouvelle couleur apparaît : celle de la **légèreté**, de la **liberté**, également en lien avec son état très positif du moment. Nous lisons donc le début du texte lentement avec une intonation grave et triste alors que les deux dernières phrases seront lues avec un ton aérien, enthousiaste.

Ensuite, je lui propose d'expérimenter comment **l'émotion ressentie** sur chaque vers peut **s'intégrer** aux gestes réalisés précédemment, en insistant sur une mise en mouvements de tout son corps. Le quatrième geste suscite beaucoup d'intérêt, c'est la **transition** entre la partie négative et positive du texte.

---

<sup>55</sup> « Il y a de la pluie qui tombe. Il y a de la fumée qui monte lascivement. Autour, rien d'autre que des débris. Un homme au costume détrempé regarde les pavés. Il s'avance sur la place déserte. Un chat gris s'échappe sur son passage et s'enfonce dans une ruelle. »

Elle dit qu'elle aimerait lever les yeux au ciel en fin de mouvement pour montrer « *l'espoir qui revient* ». Je lui propose donc de commencer par une posture assise repliée sur elle-même, le regard vers le bas, et de progressivement s'ouvrir pour arriver en fin de marche, les bras grands ouverts, avec une expression joyeuse et sereine, en se grandissant et en regardant vers le haut. Elle remarque à quel point le fait d'engager tout son corps (elle dira « *de le vivre dans le corps* ») l'aide à **transmettre** plus d'émotions avec son visage. Elle est également très attentive à la transition entre ces deux émotions opposées en veillant à anticiper et à suivre une gradation. Nous répétons l'enchaînement plusieurs fois sans puis avec la musique afin de se l'approprier.

Elle apprécie cette proposition, faisant l'expérience d'un mouvement plus fluide et plus harmonieux que les dernières séances. Elle a le sentiment d'être dans une démarche de **recherche** artistique et esthétique, expérience complètement nouvelle pour elle mais qu'elle apprécie beaucoup. Elle se juge cependant avec dureté : elle dit avoir de la haine vis-à-vis d'elle-même et qu'elle trouve son corps disgracieux, « *jamais à la bonne place au bon moment* » et que ce sentiment est exacerbé en ma présence. Elle avancera le fait que, même si, lors des séances, elle se sent moins jugée qu'en temps normal, elle est « *le type qui fait foirer tout ce qui passe* ». C'est le seul moment où elle parlera d'elle au masculin. Elle se compare, disant qu'elle ne parvient pas à faire comme moi, quand bien même je l'ai encouragée à trouver **sa propre manière** d'exécuter les gestes.

Ceci me fait évoquer qu'il faudrait peut-être aller vers une recherche de gestes qui lui plaise et qu'elle puisse critiquer et corriger, jusqu'à ce que cela soit satisfaisant. J'ai ainsi pu évoquer l'idée de se filmer lors de prochaines séances, ce qu'elle n'a pas rejeté.

En parallèle, je me questionne sur l'intérêt de lui faire expérimenter quelque chose de ludique et décomplexant afin de ne plus avoir de pression concernant le rendu esthétique, en d'autres termes lui montrer qu'elle peut **jouer avec ce qu'elle est et son apparence**.

Il me semble que le déroulement des séances l'a soutenue dans sa progression : construire un enchaînement de gestes de manière assez pragmatique pour ensuite y ajouter une dimension créative. Cette progression allant de pair avec la **dynamique de changement** et de **forte affirmation** d'elle-même dans laquelle elle se trouve à l'heure actuelle.

Lorsque je lui demande de faire le bilan des 4 séances, elle dit que de « *caillou* », elle est devenue « *caillou qui roule et peut-être bientôt caillou qui danse* ».

#### D) De l'expressivité à la prise de conscience des ressentis

Pour la cinquième séance, je lui propose de **mobiliser** successivement chacune de ses articulations (doigts, poignets, coude, épaule puis cheville, genou, hanche). C'est alors qu'elle exprime ne pas pouvoir bouger ses orteils puis évoque ne rien ressentir dans ses pieds « *comme si ses nerfs n'allaient pas jusque dans le bout de ses pieds* ». Je me suis servie de cette information pour lui proposer, dans la séance suivante, de prendre conscience de ses ressentis, en se focalisant sur ses pieds.

C'est une séance durant laquelle, j'ai peut-être été moins disponible et moins à l'écoute de son rythme, ce qu'elle m'a d'emblée fait remarquer en fin de séance. J'ai utilisé sa remarque pour souligner sa **capacité à identifier l'état** dans lequel était son interlocuteur, contrairement à ce qu'elle décrivait lors du bilan. Ceci me fait penser qu'elle se sent suffisamment en confiance dans notre relation pour m'en faire la remarque.

Au début de la sixième séance, elle se sent « *oppressée, agressée* » et dit ne plus réussir à dormir depuis quelques jours. Je lui propose d'abord un automassage des pieds rapide à l'aide d'une balle puis je l'invite à expérimenter différentes manières de marcher dans la pièce (sur les talons, les pointes, l'intérieur ou l'extérieur des pieds).

Je lui demande de marcher à différents rythmes, notamment le plus lentement possible c'est-à-dire en décomposant sa marche au maximum. C'est à ce moment-là qu'elle m'explique qu'elle marche de manière particulière : elle pose d'abord la pointe du pied puis le talon.

Ce qui lui donne une démarche avec les jambes raides, les pieds à plat dans un mouvement glissé. Je l'invite donc ensuite à marcher en trois temps : lever de jambe, attaque du talon, déroulé du reste du pied en posant les orteils en dernier.

Dans un second temps, j'installe un **parcours sensoriel** composé de différentes matières (rugueuse, lisse, douce ...) sur lequel elle se déplace les yeux fermés. Elle décrit le fait de fermer les yeux comme l'ayant réellement aidé à focaliser son attention sur les sensations dans ses pieds. Elle qualifie le contact avec les surfaces rugueuses ou piquantes d' « *horrible* ». Ceci me fait penser qu'elle est d'une grande sensibilité tactile.

Pour terminer, je lui propose, debout, les yeux fermés, d'imaginer qu'elle se **transforme en arbre**. J'insiste sur l'image de longues racines qui s'enfoncent profondément dans le sol et qui lui permettent d'être solidement attachée au sol. Pour l'aider dans cette visualisation, je pose des sacs lestés sur ses pieds. Je l'invite ensuite à imaginer le tronc de l'arbre puis ses branches dans lesquels le vent souffle : ses bras sont alors mobiles mais elle reste fermement ancrée dans le sol.

Elle s'est visualisée comme un « *arbre géant, un chêne énorme avec un tronc qui prend toute la place* ». Du haut de cet arbre, elle dit qu'elle voyait des gens mais ne les entendait pas et que c'était rassurant de pouvoir tout surplomber « *on se fiche des gens autour, on en est détaché* ». Elle évoque avoir eu l'impression d'avoir déjà rêvé de cet endroit-là et dit avoir apprécié avoir les yeux fermés et être **coupée des stimulations extérieures**. Ceci m'amène à penser que sa grande sensibilité fait qu'elle est parfois dépassée par ce qu'elle ressent et que ces moments d'isolement lui permettent d'être **présente** à elle-même.

C'est une séance qu'elle a trouvée reposante et ses mots en fin de séance seront : « *fleuve, frais, relaxant, ça coule* ». Ceci me fait penser que lui avoir proposé de se mettre en lien avec ses sensations internes l'a aidé à retrouver un certain sentiment de **fluidité**, de **continuité** en elle.

Concernant le déroulement des prochaines séances, je pense qu'il serait intéressant de continuer à lui permettre d'explorer ses ressentis. J'ai réellement pris plaisir à proposer ces séances à Romane qui les a d'emblée très bien investies permettant ainsi qu'elles se **construisent à deux**.

## CONCLUSION

---

Il a été très enrichissant de se confronter à l'univers **complexe** de la transidentité, jusqu'alors non exploré par les psychomotriciens. Dans un premier temps, j'ai pris connaissance de la réflexion transdisciplinaire concernant les modalités de prise en charge des sujets. Les entretiens m'ont ensuite amenée à préciser mon positionnement : la problématique du sujet transsexuel étant à la croisée de données venant de nombreux domaines, il est nécessaire de **porter un regard critique** sur les normes et idées préconçues.

C'est la raison pour laquelle le modèle de la métamorphose m'a semblé pertinent pour aborder la **quête d'identité** du sujet transsexuel. En séance de Psychomotricité, il s'agira de l'accompagner dans une **rencontre avec lui-même** en proposant des situations originales permettant la déconstruction des normes et contraintes construites en dehors de lui. Ouvrir le sujet à la **multiplicité** et la complexité qui l'habitent est rendu possible par les nombreux outils dont dispose le psychomotricien pour relancer la dynamique **sensation/représentation/action**. J'ai notamment évoqué l'intérêt de se baser sur la sensorialité, l'expressivité et la revalorisation narcissique du sujet.

Les propositions que j'ai faites ont été très **favorablement accueillies** par les sujets et les professionnels de Santé. En tout état de cause, l'évaluation et la clinique psychomotrice semblent possibles auprès d'une population transsexuelle. La réflexion pourrait maintenant s'engager vers un systématisme qui ne peut être qu'un objectif à moyen terme dans un domaine qui **reste à explorer**. Augmenter la taille de l'échantillon pourrait éventuellement permettre de dégager des **éléments stables** de cette problématique sans pour autant en faire des généralités. Il est primordial de **préserver la singularité** du sujet à travers durant l'accompagnement en Psychomotricité.

Enfin, gardons à l'idée que ce sont les **minorités**, par les difficultés qu'elles rencontrent, qui ont permis et permettent des avancées dans les champs pratiques et théoriques. Il est à parier que l'étude et la compréhension de la transidentité par les psychomotriciens avec la mise en place d'accompagnements pré ou post-opératoires, permettra de faire **évoluer significativement** le domaine de **l'image du corps**.



## BIBLIOGRAPHIE

---

CALIFIA, Pat. Le mouvement transgenre. Changer de sexe. Epel Eds. 2003. 384 pages.

CARROT, Guy, FAURY, Thierry, GAUCHER-HAMOUDI, Odile. Anorexie, boulimie et psychomotricité. Heures de France. Paris. 2011. 138 pages.

DE GAULEJAC, Vincent. Identité. Vocabulaire de psychosociologie, références et positions. Érès. Paris. 2002.

DESOBEAU, Françoise. Identité et fonction du psychomotricien. Thérapie psychomotrice et recherches, n°162, 2010.

DE VIGNEMONT, Frédérique. Body schema and body image—Pros and cons. Neuropsychologia. 2009.

ESPINEIRA, Karine, THOMAS, Maud-Yeuse, ALESSANDRIN, Arnaud. La transyclopédie, tout savoir sur les transidentités. Des Ailes sur un Tracteur. Ajaccio. 2012. 350 pages.

GUIOSE, Marc. Relaxations thérapeutiques. 2<sup>ème</sup> édition. Heures de France. Paris. 2007. 107 pages.

IRVING, John. A moi seul bien des personnages. Seuil. 2013. 470 pages.

LAPIERRE, André, AUCOUTURIER Bernard. La symbolique du mouvement. EPI. Paris, 1975.

LESAGE, Benoît. Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structure, étayage, mouvement et relation. Erès. Toulouse. 2012. 379 pages.

NEUER, Laurence [www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/laurence-neuer/l-identite-de-genre-pourrait-bientot-remplacer-l-identite-sexuelle-05-07-2013-1700951\\_56.php](http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/laurence-neuer/l-identite-de-genre-pourrait-bientot-remplacer-l-identite-sexuelle-05-07-2013-1700951_56.php)

PASINI, Willy. Les nouveaux comportements sexuels. Odile Jacob. Paris. 2003. 286 pages

PIREYRE, Eric. Clinique de l'image du corps. Du Vécu au Concept. Dunod. Paris. 2011. 219 pages

SIRONI, Françoise. Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres. Odile Jacob. Paris. 2011. 269 pages.

VANPOULLE, Yannick. Représentation du corps et échec scolaire. 1993.

WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. International Journal of Transgenderism, 2011 ; 13 :165-232.

[www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-devolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-devolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france)

[www.franceinfo.fr/france-societe-2007-10-06-les-transsexuels-dans-la-rue-contre-la-psychiatisation-19825-9-12.html](http://www.franceinfo.fr/france-societe-2007-10-06-les-transsexuels-dans-la-rue-contre-la-psychiatisation-19825-9-12.html)

[www.fresques.ina.fr/jalons/fiche-media/InaEdu01174/l-instauration-du-conge-de-paternite-en-2002.html](http://www.fresques.ina.fr/jalons/fiche-media/InaEdu01174/l-instauration-du-conge-de-paternite-en-2002.html)

[www.hopitalsaintlouis.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=72%3Atroubles-de-lidentite-de-genre&catid=39%3Aorganes-genitiaux&Itemid=91&limitstart=1](http://www.hopitalsaintlouis.org/index.php?option=com_content&view=article&id=72%3Atroubles-de-lidentite-de-genre&catid=39%3Aorganes-genitiaux&Itemid=91&limitstart=1)

[www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

[www.lemonde.fr/ameriques/article/2012/05/10/en-argentine-choisir-son-genre-devient-un-droit\\_1699205\\_3222.html](http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2012/05/10/en-argentine-choisir-son-genre-devient-un-droit_1699205_3222.html)

[www.meindex.ch/hp/special.las?s=anne.dupuis.decharriere](http://www.meindex.ch/hp/special.las?s=anne.dupuis.decharriere)

[www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/le-transsexualisme.html](http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/le-transsexualisme.html)

# ANNEXES

---

Annexe 1 : tableau de présentation des personnes rencontrées.

Annexe 2 : dessins du bonhomme réalisés par les sujets.

Annexe 1 : tableau résumant les profils des personnes rencontrées

<b>Pseudonymes</b>	<b>Ages</b>	<b>Stades du parcours</b>	<b>Conditions de vie</b>	<b>Passing</b>	<b>Rencontres en Psychomotricité</b>
<b>Catherine</b>	60	0	Divorcée, deux enfants Relation stable avec une femme hétérosexuelle	Intermédiaire	Entretien, bilan psychomoteur et suivi
<b>Maryse</b>	45	3	Relation stable avec un homme hétérosexuel	Très bon	Entretien
<b>Bérénice</b>	53	3	Séparée, un enfant. Relation stable avec une femme.	Bon	Entretien
<b>Chantal</b>	48	5	Séparée, 2 enfants	Très bon	Entretien et bilan psychomoteur
<b>Romane</b>	26	1	En couple avec un homme homosexuel	Non réellement débuté	Entretien, bilan psychomoteur et suivi
<b>Léonie</b>	28	3	En couple avec une femme hétérosexuelle	Très bon	Entretien, bilan psychomoteur et suivi
<b>Nadia</b>	51	2	Séparée, un enfant En couple avec un homme hétérosexuel	Bon	Entretien et bilan psychomoteur

Stades de la transition :

- 0 : personne appartenant au parcours mais ne pouvant bénéficier d'un traitement ;
- 1 : entrée dans le parcours, début du suivi psychiatrique
- 2 : traitement hormonal anti hormones masculines commencé ;
- 3 : traitement hormonal anti hormones masculines terminé (attente de l'opération de réassignation) ;
- 4 : changement de prénom officialisé ;
- 5 : opération de réassignation faite ;
- 6 : changement d'état civil

Annexe 2 : dessins du bonhomme



Dessin de Nadia



Dessin de Léonie



Dessin de Catherine

INTRODUCTION .....	1
I. Penser la non-concordance sexe-genre .....	2
I-1- Identité, sexe et genre, identité de genre ; évolutions des conceptualisations .....	2
A) L'identité.....	2
B) Du sexe génétique à l'identité de genre .....	3
C) Historique médical .....	7
I-2- Le parcours de soins : une réponse médicale à la dysphorie de genre.....	11
A) Présentation de lieu de stage .....	11
B) Organisation du parcours.....	12
C) Aspects juridiques en France.....	19
D) Hypothèses étiologiques .....	20
II. Intrication identité-image du corps chez les sujets transsexuels .....	23
II-1- Des changements sociétaux propices à la reconnaissance identitaire des sujets transsexuels.....	23
II-2- Le corps et ses images abordés comme vecteurs de l'identité du sujet.....	24
II-3- Quand la dysphorie de genre s'en prend au corps .....	24
II-4- Le travestissement comme solution provisoire .....	26
II-5- Les images du corps.....	27
II-6- Organisation des images .....	29
A) Le sentiment de permanence enraciné dans le proto-soi.....	29
B) Le sujet en équilibre entre lui et l'Autre ; le soi-noyau .....	31
C) L'identité narrative : le soi autobiographique cristallise une narration de soi en relation...	32
III. Une méthodologie pour appréhender la qualité des images du corps .....	34
III-1- L'entretien .....	34
III-2- Le bilan psychomoteur .....	37
A) Proposition de huit items de bilan .....	37
B) Compte-rendu de bilan .....	42

IV. L'abord psychomoteur comme une possibilité d'action sur les images du corps .....	43
IV-1- Le modèle de la métamorphose.....	43
IV-2- Ouvrir à la multiplicité en soi : être soi au-delà d'être homme ou femme.....	44
IV-3- Comment faire pour aller dans cette direction ? .....	47
A) Accepter la présence de cet autre permanent ou transitoire en soi, ressentir sa continuité d'existence.....	47
B) Propositions autour de l'expressivité.....	49
C) Amener à une revalorisation narcissique.....	50
D) Hypothèses concernant la sphère sexuelle.....	50
V. Entre Romain et Romane.....	52
V-1- Anamnèse.....	52
A) Présentation .....	52
B) Evolution de son vécu corporel depuis l'enfance .....	53
C) Annonce du transsexualisme .....	53
D) Evolution de son vécu depuis l'annonce .....	54
E) Relations amoureuses .....	54
V-2- Compte-rendu du bilan psychomoteur.....	55
V-3- Objectifs de suivi en psychomotricité .....	58
V-4- Résumé des six séances en Psychomotricité.....	59
A) Baguette de bambou.....	59
B) Auto-massage.....	60
C) Des mots aux gestes.....	60
D) De l'expressivité à la prise de conscience des ressentis.....	63
CONCLUSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXES .....	69