

Dépsychiatriser !

Journée d'études

Comment classifier/déclassifier sans stigmatiser ? Troubles du genre et de la sexualité

Face à l'émergence du transsexualisme médico-chirurgical, la réponse a été de deux ordres : une réponse sociale dont l'ancrage historique réside dans les « traditions » et en réaction aux innovations techniques ; une réponse de type institutionnelle versant le transsexualisme dans la psychiatrie qui y répond mais le pathologise, aidé par un processus social de classifications que le DSM et le CIM viennent incarner.

Réunis en association, les transsexuel-les ont innové leurs propres réponses, passant de victimes à un mouvement producteur d'une analyse [*trans studies*] qui a pour conséquence, couplée à la queer theory, de renouveler les représentations des identités et corps trans. La question de la dépsychiatrisation trans, sur le modèle de la dépsychiatrisation de l'homosexualité, liée historiquement à un modèle de société s'en trouve de fait interrogée, voire contestée. Quel est le discours qui permet cette classification en psychiatrie ? Quelle est sa légitimation ? Quelle est la contestation de fond pour cette demande de dépsychiatrisation ?

Sommaire

Karine Espineira, <i>La permission de minuit</i> (Introduction)	4
Eric Macé, <i>Les conséquences de la dépathologisation des identifications de genre trans</i>	5
Vincent Guillot, <i>Accompagner ou stigmatiser</i>	8
Maud-Yeuse Thomas, <i>Pour un cadre générique des transidentités</i>	12
Tom Reucher, <i>Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique</i>	17
Arnaud Alessandrin, <i>CIM 11 et DSM V : Faut-il déclassifier les variances de genre ?</i>	22

L'ODT vous signale
Règles et précisions :

- Il n'est fait aucune correction ni aucune réécriture des documents qui sont envoyés.

- Utilisation des contenus de l'Observatoire sur des sites, blogs et forums :

1/ Les contenus des dossiers et les articles sont la propriété de leurs auteurs, ils ne doivent en aucun cas être modifiés et leurs auteurs doivent être expressément cités.

2/ En cas d'utilisation de contenus de l'Observatoire, veiller à le mentionner en-tête du post et à réaliser un lien direct vers le contenu d'origine.

- Responsabilités des auteurs et des contenus :

1/ Les informations rendues disponibles le sont sous la responsabilité de leurs auteurEs qui restent propriétaires de leurs publications et les représentants du site déclinent toute responsabilité dans le contenu de ces messages.

2/ Les auteurEs s'engagent à assumer toutes leurs responsabilités et les conséquences s'y afférant.

Citations du contenu ou parties de contenu :

Les contenus peuvent être cités en mentionnant

- l'adresse de la publication, <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/>
- le nom de l'auteur concerné et le titre de l'article.

Karine Espineira

Doctorante Université de Nice-Sophia Antipolis
Laboratoire I3M
Co-fondatrice Sans Contrefaçon
Co-fondatrice ODT

La permission de minuit (Introduction)

Ce 19 novembre 1987, Frédéric Mitterrand ouvre son émission avec son emphase coutumière. Il présente Coccinelle et n'hésite pas à parler de *légende* la concernant. *Permission de minuit*¹ est un magazine culturel de *Music Hall* et de *Variétés*, Coccinelle évoque sa carrière et sa vie au travers son autobiographie. Entre gens du spectacle et de la culture, on commente les images d'archives que dévoile bien volontiers la star. On rit entre amis. On s'amuse, *entre copains*, avec finesse et dérision, de cette situation singulière qu'est la transsexualité de la chanteuse et meneuse de revue du Carrousel en son temps. De Coccinelle à Bambi, il n'y a qu'un pas dans leurs vécus, et trente ans de télévision inscrivant la transidentité dans une dimension culturelle et historique au-delà de l'exception, de la singularité, de la stigmatisation. Les imaginaires fonctionnent comme des miroirs, du social au médiatique : *qui est qui, qui imagine quoi, et qui l'a pensé le premier ?*

Les *freaks*, sont devenus des identités alternatives, identifications et expressions, dans le cadre d'une normation binaire. Ils n'ont cessé d'évoluer, se politisant et se théorisant. Les outils sociologiques, médicaux et juridiques pour les appréhender, les diagnostiquer, les définir, les classer, les catégoriser, semblent avoir évolués plus lentement. Le schisme est à l'image d'un dialogue entre une praticienne *cisgenre* et d'un praticien *trans* lors de cette journée du 17 décembre à la Sorbonne, le second poussé à taper du poing sur la table pour le respect de sa parole. Est-on éternellement un patient ? Dans ce cas, tout dialogue équitable devient impossible. Or, on connaît les rapports de pouvoir et de subordination, qu'ils soient volontaires ou non, conscients ou pas, qui existent dans le rapport et la relation thérapeutique. Une thérapie peut-elle s'installer, perdurer au-delà de la prescription finale, au-delà du cabinet, au-delà de l'acceptable quand le patient n'est plus pensé, donc considéré comme un égal, niant alors d'un seul et même élan un bien précieux : l'expertise ?

Le *Bouclier thérapeutique*² institutionnalise le protocole, pérennise une forme unique et immuable de suivi en direction d'une population qui n'a cessé de se transformer, socialement, culturellement et psychologiquement s'il faut pousser le raisonnement jusqu'à ce dernier terme. Dans une réflexion d'ensemble, si on la souhaite sincèrement commune, chaque mot a un esprit et chaque lettre a du sens. Les uns ne veulent plus des autres, le dialogue est instauré ailleurs. Les trans « militants en colère », balaient d'un geste le protocole car il n'est pas à rénover, il est à proscrire. Dans les rangs des tenants du bouclier thérapeutique on en appelle aux *gentils trans bien élevés* et satisfaits, regrettant qu'ils ne soient pas dans l'assistance oubliant que, dans cette tentative de mise en opposition, les trans des suivis représentent moins de 20% de la population en question. Qui s'évertue à quoi, qui s'entête et pourquoi à ignorer ce qui ne peut plus l'être : les sciences sociales et humaines, le politique et le philosophique ont un rôle à jouer dans le champs transidentitaire, comprendre l'humain et aller au-delà de l'identité, c'est désormais considérer le paradigme transidentitaire.

Les tenants du *bouclier* ont-ils seulement entendu qu'il leur est demandé de redevenir des médecins et non les gardiens d'un ordre des genres ? Prodiguer un soin, prescrire un traitement, donner un avis ce n'est pas normer, encore moins s'engager dans un processus de normation³.

¹ COCCINELLE, PERMISSION DE MINUIT, TF1, date de diffusion : 19.11.1987, heure de diffusion : 00.19.45. Thématique : Music hall ; Sociologie ; Variétés, Genre : Magazine. Générique : PRE, Wizman, Ariel; PRE, Bravo, Christine; PRE, Mitterrand, Frédéric; INT, Soeurs Etienne; INT, Minot, Pierre; INT, Vega, Claude; PAR, coccinelle; PAR, Fifi; PAR, Proslie, Jean Marie; PAR, Stirn, Olivier; PAR, Ribes, Jean Michel; PAR, Spiegel, Lila; PAR, Tavares, Claudia. Descripteurs : société ; transsexualité ; travesti.

² Le *Bouclier thérapeutique* est à entendre comme une fin de non recevoir : *on soigne tout ce que l'on fait ici c'est pour venir en aide à des personnes, et les soigner*. Cette barrière, car il s'agit bien d'un bouclier, réfute et discrédite par avance toute avancée et tout dialogue. Comme dire à des gens « qui soignent », qu'il font peut-être « pas que du bien » ? Doit-on considérer ainsi que certains terrains deviennent des *chasses gardées*, desquelles le social, le politique et le philosophique doivent être bannis ?

³ Michel Foucault.

Eric Macé
 Professeur des universités
 Professeur de sociologie à l'Université de Bordeaux
 Directeur adjoint du Centre Emile-Durkheim (UMR 5116)
 Chercheur associé au CADIS (EHESS Paris)
 Enseignant à Sciences Po Paris

Université de Bordeaux
 Département de sociologie
 3 ter place de la Victoire
 F-33076 Bordeaux Cedex
 06 83 47 08 71
<http://www.lapsac.u-bordeaux2.fr/>
<http://www.ehess.fr/cadis/>
eric.mace@u-bordeaux2.fr

Eric Macé

Les conséquences de la dépathologisation des identifications de genre trans

En inventant la notion de « transsexualisme » dans les années 1950, bien qu'à partir de théories contradictoires relatives aux mécanismes de l'identification de genre, Benjamin, Stoller et Money offraient une réponse médicale légitime aux identifications de genre trans qui voyaient dans les nouveaux traitements hormono-chirurgicaux une solution à leur désir de « passer » dans le genre souhaité. Tout le monde à l'époque pensait qu'il n'était culturellement, socialement et psychiquement pas possible de dissocier sexe et genre en raison des troubles mentaux et d'ordre public que cela représentait ; le même raisonnement étant tenu pour les nouveaux-nés avec ambiguïté génitale qu'il fallait opérer précocement afin de fixer précocement leur genre d'élevage⁴.

Il en est aujourd'hui tout autrement en raison de nombreuses transformations sociales, culturelles, politiques et juridiques. D'une manière générale, nous savons, depuis le féminisme et les nombreux travaux en sciences sociales entrepris depuis, qu'il n'y a rien de plus relatif et contingent que les normes de genre, de sexe et de sexualité. D'autant plus que depuis les années 1970, nous observons un mouvement général, traduit dans le droit, de déconstruction et de recomposition des relations entre sexe, genre et sexualité : dénaturalisation des identifications de genre (« on ne naît pas ceci ou cela, on le devient »), détraditionnalisation des rôles genrés (tout particulièrement dans le droit du travail, de la conjugalité et de la parentalité), dépathologisation des orientations sexuelles (notamment depuis la retrait de l'homosexualité du DSM et de la CIM sous le coup des critiques du mouvement gay), et on peut même ajouter une tendance récente à la désinstitutionnalisation du sexe, avec, sous le coup des critiques du mouvement trans, des lois au Royaume-Uni (2004) et en Espagne (2007) et des recommandations de l'Union Européenne tendant à rendre illégales les exigences de mutilation sexuelle pour l'obtention d'un changement d'état civil⁵. C'est le cas en 2010 avec la résolution 1728 du Parlement du Conseil de l'Europe appelant à ce que les lois des Etats membres garantissent « aux personnes transgenres des documents officiels reflétant l'identité de genre choisie, sans obligation préalable de subir une stérilisation ou d'autres procédures médicales comme une opération de conversion sexuelle ou une thérapie hormonale »⁶. Ces transformations vont dans le sens plus général encore d'un double mouvement historique. D'un côté, comme on le voit notamment dans le domaine scientifique et technique relatif aux questions environnementales ou biologiques, un mouvement général de problématisation politique de domaines anciennement réservés à l'expertise savante, y compris dans le domaine médical comme on l'a vu à propos du sida et comme on le voit aujourd'hui avec la critique

⁴ Sur l'ensemble du raisonnement présenté ici : Macé E. (2010), « Ce que les normes de genre font aux corps, ce que les corps trans font aux normes de genre », *Sociologie*, 10, 497-516.

⁵ Whittle S. (2006), « The Opposite of Sex is Politics – The UK Gender Recognition Act and Why it is Not Perfect, Just Like You and Me », *Journal of Gender Studies*, 15, 3, p. 267–271 ; Iacub M. (2009), « Aspects juridiques actuels en France et en Europe », dans Haute Autorité de Santé, *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, Rapport, p. 24-36.

⁶ <http://assembly.coe.int/mainf.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta10/fres1728.htm>

des théories fondatrices du transsexualisme (causes embryogénésiques et psychogénésiques jamais démontrées) et du traitement de l'intersexualité (remise en cause des protocoles Money). D'un autre côté, un mouvement sociologique général de promotion de l'individuation et de ses droits contre les discriminations légales héritées de régimes normatifs traditionnels ou naturalistes. C'est dans ce mouvement général que s'inscrivent depuis les années 1990 les mouvements *queer* et trans qui participent de la dissociation culturelle, sociale, politique et juridique entre sexe et genre, remettant en cause les fondements même des protocoles médicaux de traitement du « transsexualisme » et des « troubles de l'identité de genre », contestant que les identifications de genre trans soient des troubles mentaux, au profit de la définition d'une expérience complexe de la « transidentité », opposant à un « devenir transsexuel » devenu incapable de les comprendre (au sens intellectuel comme thérapeutique), les multiples « devenirs trans » contemporains, rejoignant en cela les mouvements culturels féministes et gays et les nombreuses subcultures qui contestent et débordent les stéréotypes de genre de la masculinité et de la féminité, très largement relayés en cela par la mode et les représentations médiaculturelles.

On a pu constater historiquement une telle *problématisation* et une telle *resignification* avec la dépathologisation de l'homosexualité depuis les années 1970, qui avait extrait l'homosexualité (ce « douloureux problème ») d'une problématique médicale pour la réinscrire dans la problématique d'une politique des minorités et des normes sociales et juridiques de genre, qu'elles soient relatives aux questions des discriminations et du harcèlement, de la parentalité, de la conjugalité, de la procréation et de la filiation⁷⁸. Il semble qu'il en est de même aujourd'hui en ce qui concerne les identifications de genre trans : tout indique, en raison de la force de la critique et de l'affaiblissement des justifications expertes, que les conditions de leur pathologisation ne sont plus réunies. C'est déjà le cas s'agissant de la conclusion du panel d'expert de révision du DSM en ce domaine, qui, après une large revue de littérature médicale et la mise en parallèle avec les conditions du retrait de l'homosexualité en 1973, font le constat d'un manque d'évidence des frontières entre le normal et le pathologique s'agissant d'identification de genre, **marquant ainsi officiellement la fin du transsexualisme par ceux là même qui l'avaient inventé**. Cependant, à la différence de l'homosexualité, les identifications de genre trans passent souvent par une médicalisation des transformations corporelles, ce qui est le principal motif des discussions relatives aux conséquences de la dépathologisation des identifications trans par l'APA, car cela pourrait avoir pour effet de réduire l'accès à ces soins et à leur remboursement, et donc d'avoir des effets pervers en matière de santé mentale et physique⁹.

C'est ici me semble-t-il tout l'intérêt d'une discussion concernant la révision de la CIM de l'OMS car la CIM, contrairement au DSM, ne concerne pas que les pathologies mentales mais l'ensemble des pathologies, permettant ainsi cette opération consistant à dépathologiser les identifications de genre trans sans démedicaliser et même sans dépsychiatriser, si nécessaire, les particularités des parcours trans.

En effet, la dépathologisation des identifications de genre trans ne signifie pas la dépathologisation des épreuves du *self* des personnes trans, en raison de leur exposition accrue aux incertitudes de soi et aux épreuves sociales d'identification qui sont communes à tou.te.s¹⁰. Si, comme on le sait, il n'est pas si facile de se constituer en individu, et plus encore, en individu cisgenre gay ou non-gay il va de soi que les personnes trans devraient avoir le même accès aux dispositifs de santé mentale que tout un chacun, voire disposer de dispositifs propres en raison de cette exposition accrue aux risques de l'individuation, comme on peut le constater par exemple avec les taux de suicide plus élevés chez les adolescents identifiés gay. En ce sens, la dépathologisation des identifications de genre trans ne conduit pas nécessairement à un déremboursement des traitements médicaux (hormone, chirurgie) qui peuvent être considérés comme un traitement thérapeutique de la souffrance ou de la dépression relative aux difficultés à maîtriser son architecture corporelle et sa configuration de genre dans les parcours trans¹¹, participant ainsi d'un « bien être » constitutif d'une bonne santé mentale et physique. On passerait ainsi d'une expertise psychiatrique classificatoire telle que nous la connaissons à une *relation de soin* psychothérapeutique et à un véritable marché de la réputation concernant la qualité des soins psychiques, endocrinologiques et chirurgicaux.

⁷ Drescher J. (2009), « Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) », *Archives of Sexual Behavior*, 39, p. 427-460.

⁹ Meyer-Bahlburg H. (2009), « From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions », *Archives of Sexual Behavior*, DOI 10.1007/s10508-009-9532-4.

¹⁰ Ehrenberg A. (2010), *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob ; Ehrenberg A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.

¹¹ Meidani A. (2005) « Différence « honteuse » et chirurgie esthétique : entre l'autonomie subjective des sujets et l'efficacité du contexte normatif », *Déviance et Société*, 2, Vol. 29, p. 167-179.

En ce sens également, la dépathologisation des identifications de genre trans n'a de sens que si le droit ne conditionne plus le changement d'état civil à une chirurgie génitale, à une stérilisation ou à un diagnostic psychiatrique mais se fonde, comme c'est la tendance en Europe, sur une déclaration et un constat de modification d'identification de genre.

Tirons en conclusion toutes les conséquences de ces dissociations et de ces recompositions concernant cette fois la question de la médicalisation des enfants intersexes. En effet, cette dissociation médicale et juridique entre sexe et genre aurait également pour conséquence de permettre une modification des protocoles de médicalisation des enfants déclarés intersexes à la naissance. Malgré quelques travaux médicaux et éthiques aux Etats-Unis et en Europe relatifs à la pertinence du maintien du protocole Money¹², les protocoles en vigueur, en tout cas en France, tendent à assigner médicalement un sexe de façon précoce en raison de la « panique de genre » des parents et de la nécessité sociale et culturelle qu'il y aurait à faire correspondre sexe et genre. Or, on le sait, ces assignations précoces de sexe se font au prix d'une médicalisation lourde que l'on peut considérer comme une mutilation sans consentement de la personne, au nom d'une urgence non pas médicale mais sociale, et dont les conséquences sur l'identification de genre et sur l'individuation ne sont pas anodines. Inversement, en proposant de dissocier sexe et genre, il devient possible de dissocier l'assignation précoce de genre à la naissance, sans laquelle ni la déclaration d'état-civil ni l'intégration sociale ne sont possibles, d'une éventuelle modification ultérieure de genre, voire d'une éventuelle modification corporelle à venir qui serait configurée, et dans tous les cas consentie, par les personnes concernées en fonction de ce que serait devenue leur identification de genre. Encore faudrait-il définir un nouveau protocole qui soit capable de conduire les parents à prendre en charge non plus le « secret » de la réassignation médicale sexe/genre mais l'accompagnement envers l'enfant et son entourage de cette dissociation entre genre et sexe. Il me semble que sur ce point la réflexion collective est moins engagée encore que sur la question des identifications de genre trans.

¹² Wiesemann C. et al. (2010), « Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents », *European Journal of Pediatrics*, 169, 671-679.

Vincent Guillot

Ex-porte-parole pour l'Europe de L'OII : Organisation Internationale des Intersexués
 Atelier d'insertion socio professionnelle pour transsexuelles travailleuses du sexe ou en précarité (2006/2007)
 Ex-président du Caritig : Centre d'Aide de Recherche et d'Information sur la Transsexualité et l'Identité de Genre créé en 1995.
 Animateur de l'émission radio Body Freaks sur radio libertaire

Accompagner ou stigmatiser

Depuis que les trans' ont pris la parole en France, ils/elles n'ont eu de cesse de dénoncer la stigmatisation dont ils/elles font l'objet de la part de quelques psy (psychiatres, psychanalystes, psychologues) qui se sont érigés en spécialistes de la transsexualité, assénant chaque fois que possible leur vérité. Deux positions s'affrontent, celle d'une poignée de spécialistes et celle des personnes concernées, sans que jamais les uns et les autres ne puissent s'entendre.

Pour les psy, la transsexualité est une affaire médicale, pour les trans' c'est une question de société, une question politique qui remet en cause le fondement du système car touchant au juridique et au social, au religieux et au philosophique.

Je porterai aujourd'hui un regard sur l'évolution de la question trans' et sur l'accès aux droits des personnes concernées qui me semble essentielle.

Lorsque les médecins, les psy se sont penché sur la question trans', il y a déjà quelques décennies, les homosexuels/homosexuelles prenaient la parole et se sortaient de la pathologisation et de la criminalisation; C'était le temps du Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire, puis de l'émergence des associations gay et lesbiennes qui firent évoluer le regard sociétal passant de la déviance à l'orientation sexuelle revendiquée. Jusque là les trans' faisaient peu parler d'eux/d'elles et se débrouillaient tout/toutes seuls/seules pour faire leur transition. Les rares fois où l'on parlait de la question trans', ce n'était que sous la forme du scandale et plus rarement encore de la victimisation.

Passé cette période à leurs tour les trans' s'organisèrent et prirent la parole, rejoints bien plus tard par les intersexes, qui en France ont fait le choix de se battre au sein des groupes de lesbiennes, gay, bi et trans' pour faire converger l'ensemble des luttes des diverses associations. De fait le FAHR rassemblait déjà toutes ces composantes, de même que le reste de la société qui confondait, au sens littéral du terme, toutes ces populations sous divers vocables, tel que les invertis. La boucle est bouclée et les luttes trans' ne peuvent plus être séparées des autres luttes des minorités de genre et sexualité d'autant plus que les théories queers sont venues renforcer l'idée que ce n'est au fond qu'un combat féministe constructiviste, basé sur les luttes de sexe de classe et de race.

Durant toutes ces décennies, les quelques médecins qui se positionnent en spécialiste des trans' campent sur leurs positions binaires, une transsexuelle est un homme qui désire de façon délirante se vivre en femme et vice versa; au delà point de salut, la question trans' n'est et ne peut être selon eux que médicale et avant tout psychiatrique, il faut tout verrouiller afin que nul n'échappe à leur main mise.

Heureusement pour les trans' le choix du médecin est libre en France et il y a de nombreux praticiens compétents dans chacune des disciplines concernées qui les accompagnent discrètement. Les techniques médicales ont évolué et des réseaux se sont créés, permettant aux personnes concernées de transitionner dans de bonnes conditions tant psychologiques que médicales (il faut aussi noter la création du RMI, puis du RSA et de la CMU ainsi que le développement d'internet qui ont notoirement changé le quotidien des populations stigmatisées en général).

Ce faisant la question trans' a pu évoluer et chacun/chacune peut avancer vers la personne qu'il/elle est avec ou sans modifications corporelles, ou plus généralement avec certaines modifications corporelles, sans faire nécessairement le « parcours complet » d'homme vers femme ou vice versa.

Si au cours de la préhistoire puis de la protohistoire de la question trans' ceux-ci/celles-ci se construisaient généralement dans la plainte du fait d'une absence d'altérité, de repère pour partager ce drôle de sentiment de ne pas être né dans le bon corps, les choses ont radicalement changé grâce aux actions des associations

historiques, puis plus récemment, avec l'émergence d'internet, des forums, groupes et associations que l'on vit fleurir au cours de la décennie passée.

Je milite depuis une dizaine d'année au sein de groupes trans' et intersexes et à titre professionnel accompagne en tant que travailleur social ces population et peut donc témoigner de la réalité de ce changement de paradigme: De la plainte à la revendication, les trans' ont gagné en sérénité car ils/elles ont la possibilité de se dire, de se rencontrer et de faire chacun/chacune son parcours personnel correspondant au mieux de son identité.

Bien sûr un tel parcours amène forcément des questionnements importants, parfois mais pas nécessairement des passages difficiles, nécessitant un accompagnement social et psychologique bienveillant et sans jugement que n'offrent pas les praticiens hospitaliers spécialisés. Bien au contraire, ceux-ci ralentissent sciemment l'épanouissement des patients suivis au sein de leurs équipes pluridisciplinaires, en les enfermant dans des carcans dogmatiques et passéiste qu'ils nomment protocoles. Or tout comme les intersexes, mais aussi certains/certaines homosexuel/homosexuelles, ce qui serait nécessaire est non pas ce qui est proposé mais serait un accompagnement à l'auto détermination afin que chacun/chacune puisse s'accepter et choisir sereinement les modifications corporelles souhaitées ou alors abandonner l'idée de telle ou telle modification.

Si il y a une dizaine d'année, avant la généralisation d'internet, lors des réunions du Centre d'Aide de Recherche et d'Information sur la Transsexualité et l'Identité de Genre que je co-animais la souffrance était prégnante, il n'en est pas de même lorsque je rencontre les jeunes générations de trans'. Il était alors normal de traverser la France pour venir à nos réunions trimestrielles et la plupart des personnes arrivaient avec le poids de leurs souffrances. Je me rappelle bien des nombreuses personnes qui n'osaient pas engager la parole, venues habillées avec les codes vestimentaires de leur sexe administratif avec tout au plus un accessoire du genre désiré mais discret ou encore de futures MTF maquillées à outrance, essayant de cacher leur barbe et se présentant avec leur état civil masculin. Notre rôle consistait outre les conseils d'usage, les mille et un trucs et astuces, les bonnes adresses, à demander à la personne le prénom qu'ils/elle s'étaient choisies pour les soulager et leur permettre de se dire. Parfois, des femmes ou des hommes viennent me voir en me demandant si je me rappelle d'eux, tout en sachant que c'est impossible puisqu'ils/elles ont fini leur transition, et me remercient. Aujourd'hui, il n'en est rien et à chaque rencontre, je mesure le chemin parcouru en rencontrant des jeunes épanouis, souvent accompagnés/ées de leur ami/e, de leurs parents et parfois même de leurs enfants.

La grande majorité de ces personnes sont suivies en ville, elles ont choisi leurs médecins et sont généralement satisfaites de leur accompagnement. A l'opposé, celles qui on choisi le parcours auprès d'équipes hospitalières souffrent et bien souvent lorsque cela leur est possible abandonnent à plus ou moins longue échéance ce circuit pour rejoindre la médecine de ville. Les demandes ont donc bien changé et au delà d'internet qui permet d'obtenir des informations précieuses qui ne circulaient qu'au sein des associations, les demandes portent actuellement bien plus sur un accompagnement juridique et social. En ce sens les trans' sont passés/es de population stigmatisée à population minoritaire, rencontrant les mêmes soucis que tout autre minorité au sujet de l'accès aux droits, droit au travail, droit au logement, droit aux papiers, droit à l'égalité de traitement. On retrouve parmi ces populations les mêmes clivages sociaux que dans le reste de la population, les plus favorisés s'en sortent très bien, occupent des fonctions professionnelles à responsabilité et « transitionnent » sans trop de problème dans leur emploi, les plus défavorisés galèrent et cumulent les difficultés, comme les jeunes de moins de vingt cinq ans qui n'ont pas de famille pour les soutenir financièrement ou les étrangers/ères sans papiers réduits/tes généralement à la prostitution. En corolaire à leur position sociale, ceux/celles qui en auront les moyens et désireront des modifications corporelles se feront opérer à l'étranger pour la qualité des soins et de l'accueil, sans commune mesure avec celle des chirurgiens hospitaliers français n'en déplaise au lobby des spécialistes hospitaliers, les moins favorisés rejoindront quant à eux les équipes hospitalières françaises.

Le regard sociétal a lui aussi bien changé et la transidentité n'est plus seulement « trash » (ou alors dans des médias dédiés) mais porte dorénavant sur un vécu beaucoup plus lisse, plus conventionnel et véhicule le message que les trans' sont des personnes comme les autres et que l'on peut être trans' heureux/euses et épanoui. De plus, bon nombre de trans' se vivent à visage découvert auprès de leur entourage, de leurs collègues et voisins et les ruptures familiales sont beaucoup moins nombreuses qu'auparavant. Somme toute, les trans' ne rencontrent pas beaucoup plus (mais encore trop) de stigmatisation que les homosexuels/elles, ce qui est une avancée énorme si l'on tient compte de la rapidité de l'évolution du regard

sociétal sur les transidentités. Bien sûr, comme au sujet de l'homophobie du sexisme, du racisme, il y a encore énormément de chemin à parcourir, mais les frontières ont bougé.

La question trans' est donc passée, hormis pour quelques médecins et juges, de la sphère médico-légale à l'acceptation sociale d'une identité alternative, tout comme l'homosexualité il y a quelques décennies, tout comme la question intersexe est en passe de le faire.

Comme sur la plupart des sujets de société, la population a évolué bien plus vite que le droit et l'une des principales revendications trans' demeure l'accès au changement d'état civil sans stérilisation et sans expertise médicale conformément à la directive européenne¹³. Le droit évolue à son rythme et nul ne peut ignorer que bientôt les changements d'état civil se conformeront à cette directive, par l'initiative d'un juge ou parce qu'un/une trans' ira ester auprès des instances européennes.

A contrario, l'évolution d'une petite partie du corps médical français, réfractaire à tout changement pour des raisons corporatistes, ne pourra se faire que par le biais d'un combat politique mené par les personnes concernées et par une dé-classification de la transsexualité des normes européennes et internationales (CIM et DSM) tout comme cela a été fait pour l'homosexualité en son temps. A l'époque, suite au travail d'éveil des consciences des associations homosexuelles et à l'évolution du regard sociétal sur cette question, les psychiatres avaient considéré que l'homosexualité n'est pas une pathologie mentale et nul professionnel sérieux ne remettrait ce choix en cause, il en va de même pour la transsexualité qui comme l'homosexualité doit passer du stigmate psychiatrique au choix individuel.

La question trans' est et ne saurait être autre chose qu'une question sociétale, qu'une question politique, au même titre que n'importe quelle minorité. Lorsque nous parlons de question trans', il ne s'agit nullement de savoir si ceux-ci sont ou ne sont pas porteurs d'un quelconque syndrome psychiatrique. La question ne se pose pas au regard des milliers de personnes ayant « transitionné » et menant une vie conforme à ce que la société attend d'elles. L'évolution sociétale au quotidien est actée et comme tout un chacun, selon son statut social, un/une trans' aura ou pas accès à ses droits selon son statut social et non pas selon son statut de trans'. Cette notion est importante pour comprendre l'évolution incroyable de la question trans' au sein de la société française (et occidentale en générale). Trouver ou garder un emploi, un logement, accéder à une domiciliation bancaire, obtenir un crédit, étudier, toutes ces choses du quotidien qui étaient quasi impossibles aux trans' il y a quelques années sont désormais possibles pour celles et ceux qui ont eu accès à l'éducation de par le statut social de leurs parents. Celles et ceux qui n'ont pas eu cette opportunité se voient encore fermer les portes et restent dans la précarité (parfois extrême) comme n'importe quelle personne issue des classes populaires. La transidentité n'est plus en soi un facteur excluant mais reste un facteur aggravant de l'exclusion. Être jeune et issu d'un milieu pauvre est un facteur primordial d'exclusion par exemple, que l'on soit trans' ou que l'on ne le soit pas. Par contre être jeune, pauvre et trans' est encore plus excluant et obère bien souvent par exemple toute possibilité d'accéder à un foyer et encore plus d'accéder à un emploi.

La nécessité actuelle n'est pas de structurer des réseaux médicaux particuliers pour les trans' dont ceux-ci ne veulent pas. Cela reviendrait à créer une exception trans' rendant caduc le droit intangible à choisir son médecin pour les assurés sociaux (et ouvrirait une brèche dans ce droit en créant la possibilité de réseaux obligatoires pour d'autres minorités tels que les étrangers ou les Roms par exemple). L'offre de soins de la part de spécialistes en ville et à l'hôpital est suffisante en France et chaque trans' peut être suivi près de chez lui nonobstant les intimidations faites par les équipes hospitalières auprès de leurs confrères du privé. Par contre, il n'y a pas de réseau d'accompagnement pour les trans' tel que les plannings familiaux pour la contraception ou les Centres Médicaux Psychologiques pour l'accompagnement psychologique, il n'y a pas de places en centre d'accueil d'urgence, de structures sociales proposant à la fois un suivi social, psychologique et juridique; Or c'est là que se situent les besoins des trans' et non pas dans la main mise de

13. résolution 1728(2010)du conseil de l'Europe

16.11.2. à des documents officiels reflétant l'identité de genre choisie, sans obligation préalable de subir une stérilisation ou d'autres procédures médicales comme une opération de conversion sexuelle ou une thérapie hormonale;

16.11.3. à un traitement de conversion sexuelle et à l'égalité de traitement en matière de soins de santé;

16.11.4. à l'égalité d'accès à l'emploi, aux biens, aux services, au logement et autres, sans discrimination;

quelques praticiens ayant un regard passéiste sur les trans'. La mise en place de réseaux et de soutien de minorités a toujours été consécutive à la prise de conscience de la société de problèmes donnés, tel par exemple les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile qui firent suite au Dispositif National d'Accueil créés et gérés par l'état pour accueillir les réfugiés chiliens. Les CADA eux furent ensuite créés pour accueillir les « boat people » dans les années soixante dix et l'organisation en a été faite avec des finances publiques et par les réfugiés politiques chiliens. Ce sont les personnes concernées qui savent mieux que quiconque ce qui est bien pour elles et comment accompagner leurs semblables. Je donne cet exemple car il illustre bien mon propos. La question des réfugiés aurait pu rester dans la sphère du juridique comme elle avait été traitée jusque là avec par exemple les réfugiés espagnols ou les français de Tunisie. Elle aurait pu rester dans la sphère de l'état, autrement dit la sphère administrative du public. Il n'en a rien été car la question des réfugiés était passé de la stigmatisation (républicains espagnols, Français de Tunisie) à la revendication (réfugiés chiliens). A partir du moment où un groupe revendique son identité et où la société s'en empare, il passe d'un statut de subordonné (patient, délinquant, sujet administratif...) qui n'a pas son mot à dire, au statut d'acteur échappant ainsi aux carcans qui lui étaient jusque là imposés. C'est ce qui s'est passé pour les trans', de patients ils/elles sont devenus acteurs/trices et échappent désormais à cette volonté de main mise sur leurs vies, rejoignant ainsi n'importe quel citoyen, dès lors, la psychiatrisation des trans' n'a plus lieu d'être, c'est un réseau d'accompagnement pour l'accès aux droits qu'il est nécessaire de construire.

Maud-Yeuse Thomas

Chercheuse indépendante

Co-présidente de Sans Contrefaçon

Co-présidente de l'Observatoire des transidentités

<http://sans.contrefacon.free.fr>

<http://natamauve.free.fr>

Pour un cadre générique des transidentités

Cadre de société/cadre de théorie

Il est manifestement toujours difficile de distinguer qui contribue à l'émergence du transsexualisme dans notre société, quelle en est –ou sont- la (les) cause(s). A ceci, trois difficultés majeures :

- la superposition socioculturelle sexe-genre dans nos représentations et sa naturalisation ;
- le système d'opposition binaire homme/femme, masculinité/féminité (mode « ou ») ;
- « l'expertise médicale » de « l'identité sexuelle » comme indice de la différence des sexes.

A cet égard, le transsexualisme fonctionne comme un franchissement manifeste des normes et représentations socioculturelles « binaires » et le classement du DSM et CIM en contient tous les échos dans l'énoncé même : trouble du comportement, de la sexualité, de la conduite, inversion(s), dysphorie... D'où cette proximité culturelle du « trouble » (affection, maladie, désordre, dysphorie, dysharmonie...), de la transgression (des normes, du comportement, conventions, mœurs...) ou relevant d'un développement inattendu et inentendu.

Deux pistes de lectures :

- le transsexualisme est une exception et une adaptation particulière dû au contexte historique et culturel obligeant à ce franchissement « psychiatrique » (pour vivre un genre de préférence, le sujet est conduit à souhaiter le changement médico-chirurgical sous l'œil d'une « expertise médicale ») ; *l'intégration anonyme est le sujet sous-jacent* ;
- le transsexualisme est une variation du développement culturellement inattendue dans notre société et rendue impossible (sauf franchissement, point 1) ; *l'épanouissement est le sujet sous-jacent*.

Il découle dans notre société que « vivre dans l'autre sexe » équivaut à accepter de changer (chirurgicalement ou non) de sexe. L'obligation de cette intervention pour changer de papiers (d'identité) fermant le cercle et obligeant les transgenres à une stérilisation et une mutilation. Or, ces deux identités ont un point commun : le changement socioculturel de genre, préalable au changement de sexe. Dans une enquête auprès des publics transidentitaires, Karine Espineira¹⁴ note que les identifications trans sont très variées, allant d'une identification « binaire » à une identification « transidentitaire », cette dernière étant la plus importante. La conception biosociale d'une « nature de l'humain » par la seule voie de « l'identité sexuelle » (ou « identité sexuée ») a conduit à ignorer le développement psychique et social via l'antécédence du genre (sur le sexe) ; plus spécifiquement les devenirs-trans ou transidentités. Le transsexualisme médico-chirurgical fonctionne comme une réponse exceptionnelle à un minimum de personnes. Mais la machine s'est manifestement emballée.

La définition donnée par R. Küss et J. Breton en France traduit cette conception et le contexte « binaire » de société (il n'y a que deux sexes et ils constituent deux sexes sociaux) :

- *Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé.*
- *le transsexuel a la conviction d'appartenir au sexe opposé au sien.*

L'appartenance au sexe opposé constitue le sujet en opposition à son propre vécu. Le « transsexuel » n'a nullement cette « conviction » décrite ici mais « d'être soi », de « se sentir bien » dans telle identité, telle

¹⁴ Karine Espineira, thèse de doctorat, Sciences de l'Information et de la communication, *Les représentations médiatiques des transidentités : aspects communicationnels d'une modélisation sociale et culturelle*. La question 1 est intitulée comme suit : vous considérez-vous comme : a/ une femme ; b/ un homme ; c/ une transidentité ; d/ vous ne souhaitez pas vous définir.

place et appartenance, tel rôle (ou non, rôle et appartenance étant dissociés), ce qui conduit à vouloir être *accepté en tant que personne*. Mais pourquoi donc vouloir la surdéterminer par la catégorie biosociale de « sexe » ?

Cette caractérisation est effectuée par le cadre binaire de notre croyance en deux sexes compris comme étant deux catégories sociopsychologiques (composant la différence biologique des sexes) ; secondement, le développement via le « genre de préférence » lors de l'enfance est nié et/ou uniquement attribué au transsexualisme alors que Robert Stoller théorise une distinction sexe et genre et l'antécédence du genre comme mode de développement psychique et social. Son analyse porte sur le développement lui-même et déborde largement le sujet qu'il se proposait au départ d'analyser. Les déploiements théoriques et pratiques qui ont suivi constituent un cadre de pensée global sur le développement mais la focalisation sur un devenir-trans « pathologique », via le transsexualisme médico-chirurgical, distinct d'un devenir-générique « normal » a été maintenue.

Cela a une conséquence culturelle : concrètement, lorsque nous parlons d'orientation sexuelle, nous pensons immédiatement à l'homosexualité, lorsque nous parlons de préférence de genre, nous pensons transsexualisme (ou identités trans). La focalisation a produit son effet de distinction radicale, de stigmatisation dans le champ médical et de discrimination sociale, validant sans examen le clivage majorité/minorité dans le champ des croyances et us traditionnels. Tout se passe comme si,

- seuls les trans avaient une « identité de genre » ;
- elle est présentée comme étant en concurrence/conflit (conflit intrapsychique) avec leur identité sexuelle ;

La distinction entre « identité de genre » et « identité sexuelle » n'a pas été correctement analysée s'agissant des devenirs trans et-ou non-binaires et surtout, alors que l'on légitime ces changements relevant d'une thérapeutique, l'écoute des personnes concernées est manifestement « passé à la trappe ». D'où ce clivage majorité/minorité, professionnels de la santé/usagers et le fait que, dans les attendus du protocole se trouvent toujours :

- la distinction hétérosexualité/homosexualité et le comportement post-transition où l'on attend de la personne sur le plan de la sexualité compris comme « fondateur » de ce que la personne « est » (biologisation du « moi profond » inconscient) ;
- une superposition du modèle binaire homme/femme, Mf/FtM des trajectoires trans et intersexe sensés relever de la « réalité » ;
- la subordination aux changements de papiers aux traitements médico-chirurgicaux (exclusion des personnes transgenres et identité mixtes) ;
- une personne mariée avant transition doit divorcer post-transition pour recevoir ses papiers ;
- l'âge légal avant tout suivi.

On attend manifestement de la transition une conformation aux attendus binaires :

- il n'existe que deux sexes et le transsexualisme n'est qu'un état exceptionnel et transitoire,
- cisgenre (superposition sexe-genre),
- originel (le sexe est antérieur au genre et le produit),
- stabilité du genre fixé post-transition,
- hétérosexuel (refus du mariage homosexuel qui se formerait avec une personne trans).

Cela traduit le cadre sous-jacent du socle binaire et ses représentations majoritaires et non un « vivre-ensemble » et un « épanouissement de l'individu » partout postulés. Ce modèle de société contient en lui un principe d'exclusion/pathologisation des « autres » qu'il classifie. Le refus de lire les attendus queers en tant que réponse sociétale et philosophique maintient ces attendus socioculturels à distance d'un débat qui serait lui, « rationnel et scientifique ». Ou du moins, « médico-légal ». Il en découle ce conflit intellectuel et ce harcèlement théorique qui ne prend pas en compte la population concernée, comment est-elle « concernée » et par quoi (quels attendus ?). On s'en tient à une « souffrance clinique » et l'on en déduit le transsexualisme. En fait, ce qui est déduit sont les conséquences et conditions de discrimination, d'isolement, des ruptures dans la vie des trans, des stigmates dans le champ de la prise en charge au nom du « bien » des individus eux-mêmes.

Seuls les transsexes sont « pris en charge » au détriment des transgenres ou d'autres formes d'identités que le DSM traduit par « genre alternatif ». L'inconnue de cette population non prise en compte dans les études comparatives, voire inétudiée, tend à produire l'effet « exception à la règle » sans examen ni de « l'exception » ni de la « règle ».

Le cadre d'élaboration, d'analyses et de lectures critiques sur l'homosexualité et aujourd'hui des transidentités, invalidant l'échelle d'observations, la méthodologie et le cadre théorique validant une pathologisation et psychiatrisation, reste inentendu. Il en découle un divorce dont nul ne peut profiter.

L'expert et l'usager

La psychiatrisation apparaît pour les concerné-es comme un système double de modélisation de l'identité et de contrôle social. Le cadre des « équipes hospitalières » dans un tel contexte ne permet pas un cadre apaisé, d'où les soubresauts actuels. Le choix d'un médecin non discriminant et le « choix » d'une identité singulière (quel qu'elle soit), permettant un cadre thérapeutique pacifié, ne sont pas pris en compte.

L'hyperfocalisation sur le « changement de sexe » en tant que « tabou culturel » masque tous les « changements de genre », comprime le fait trans aux seuls transsexes et renforce le monopole psy comme seule apte à répondre au sujet trans.

Dans cette population, seules les personnes suivies sont comptabilisées. En découle plusieurs points fixant l'inégalité du classement lui-même.

- les autres demandes sont écartées des « suivis » sans aucune proposition d'un autre suivi et/ou accompagnement et plus largement un réexamen des croyances, théories, représentations ;
- la dépendance à un diagnostic de type social (autre que médical, le diagnostic différentiel est largement accepté par la communauté trans) non précisé, jouant sur l'effet masse : majorité vs minorité ;
- dépendance à une « souffrance cliniquement constatée » dans un inexamen, voire un déni de la discrimination et la stigmatisation qui constitue le tissu même de la souffrance.

Cette nouvelle situation d'identités-tiers (« queers ») n'a pas reçu de modification du côté de la réception institutionnelle uniquement centré sur le transsexualisme en tant qu'exception médicale au modèle cisgenre-hétérosexuel. Et ce malgré l'identité transgenre et l'examen des attendus culturels sur les intersexes.

Les notions d'affection, trouble, dysphorie, créé un effet-gouffre qui vient s'ajouter aux ruptures dans leur existence. L'effet-maladie dans ses effets performatifs, créé la croyance confuse en une maladie ou un trouble intérieur, « intrapsychique ». Le tabou social du « travestissement » transféré dans le champ médical a multiplié les effets-trouble(s) tout en dissimulant que la trajectoire trans passe nécessairement dans notre société par un travestissement et donc un changement de genre. Le fait que chez un très grand nombre d'intervenants (psychiatre, psychanalyste...) pense que le travestissement est une transgression, symptôme d'un « trouble du comportement », n'aide pas à distinguer ce qui de l'identité sexuelle ou de l'identité de genre (quand cette distinction est acceptée et posée) est causal. Comment croire que l'on est dans le « thérapeutique » quand le moindre changement de vêtement est interprété comme un « trouble » (au sens de la psychanalyse)

Dans la période 1975/1995, toutes les associations notent que les personnes ne correspondant pas à la lecture du protocole sont écartées des suivis et se découvrent sans suivi ni accompagnement, livrés à eux-mêmes. Les associations vont remplir ce vide et devenant de fait, le lieu de cette indétermination psychosociologique ; elles vont par ailleurs organiser un réseau « off » permettant aux personnes refoulées des suivis ou ne désirant pas passer par ces équipes, d'accéder aux traitements et opérations. L'arrivée du queer en France donne un cadre et un contenu théorique aux « variations de genre » non prises en compte, y compris par les trans.

Des « savoirs minoritaires » se constituent toutefois dans ce creuset « LGBTIQ » totalement méconnu des instances, même dix ans après ses premières formulations. En témoigne l'inintérêt des praticiens pour les débats, conférences et initiatives de la communauté LGBTIQ, voire la stigmatisation des « militants » qualifiés de « libertaires » par de très nombreux commentateurs.

Concrètement, l'apport des associations est très varié. Rapport à la parole et l'affirmation de soi, interrogation sur le support théorique, interrogation des attendus du protocole et le rapport patient/psychiatre, examen des alternatives à la psychiatrie et examen du modèle binaire. Ajoutons le dialogue avec les « groupes culturels » proches (travestis, intersexes, androgynes, intergenres, whatever) et l'organisation des opérations à l'étranger pour les personnes refoulées des suivis puis des personnes en suivi avec une interrogation plus poussée sur le « retard de la France » en matière d'accueil et de progrès chirurgicaux.

Transsexualisme et droit ; implications sociales

L'article 57 du Code Civil dispose :

"l'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés...". C'est l'examen des organes génitaux externes du nouveau-né qui détermine :

- l'appartenance à l'un ou l'autre sexe,
- la reconnaissance de cet état par la société (Etat Civil),
- l'attribution de prénoms, le plus souvent sans ambiguïté quant au sexe de celui qui le porte.

La notion « d'appartenance à l'un ou l'autre sexe » a généré cette notion de « sexe opposé » qui prétend caractériser le transsexualisme –mais non les autres variations de genre composant pourtant l'immense majorité des transidentités. Malgré les très nombreux travaux sur le genre, nous en restons à une définition issue d'une tradition (et non d'une définition médicale ou « psy ») déjà en but aux clivages entre comportement et sexualités, au travestissement et la notion de « troisième sexe » qui apparaissent au XIXème siècle.

L'assignation générique sur le critère du « sexe » apparaît comme le cadre général de société et de modélisation de l'identité (qui l'on est, comment l'est-on, quels rapports aux autres, à la détermination de sa sexualité, de son comportement, etc.). Il fixe et détermine le rapport à « l'état d'indisponibilité de la personne », ce qui revient à fixer la personne homme ou femme de manière intangible, « originelle » à la naissance de l'enfant, tout en postulant une construction du « moi vécu » (ce qui est le cas de la psychanalyse). Cette conception du « moi sexué » qui serait préalable au « moi vécu » est typique d'une conception et hiérarchie de société où la figure de l'opposition (« sexe opposé », « genre opposé ») est centrale. La réponse aux transidentités, focalisée sur le seul « transsexualisme vrai » (répondant aux critères du transsexualisme médico-chirurgical, apparaît ici, au regard des traditions et notamment d'assignation et d'éducation, comme une conséquence de la conception biosociale.

Elle s'est maintenue malgré toutes les transformations au cours du XXème. Après les féministes, trans et intersexes contestent la modélisation biosociale ne tenant pas compte de leur présence et des évolutions du XXème siècle, notamment l'invalidation féministe sur au moins deux points principaux :

- invalidation du rapport naturel, biologique, entre sexe et genre ;
- rapport personnel, subjectif au corps qui soit « sien », c'est-à-dire réellement vécu.

La lecture queer y ajoute le volet de la construction subjective du corps en fonction du vécu et des représentations culturelles, ce qui constitue manifestement un changement de paradigme. L'on passe d'un « sujet naturel » à un « sujet sociologique ». La critique répond par un « moi éparpillé » ou « indéterminé sexuellement » sans oublier une littérature sur un « effondrement de la société » qui consiste pour l'essentiel à une réponse sécuritaire appliquée à des « minorités ».

Sur le plan du droit, le changement de papiers passant par le TGI, s'il permet de nouveaux papiers facilitant l'intégration ordinaire, ne modifie pas ce rapport culturel du « corps fondateur » et ne peut « rattraper » une vie rendue difficile, souvent solitaire en raison des discriminations et des impacts de la stigmatisation. L'enfant nié dans l'expression de son genre ne peut que, à l'âge adulte, vouloir recouvrer son devenir mais il reste amputé de ce refus radical. Le refus de penser le transsexualisme (au sens de se vivre avec un genre de préférence distinct du genre d'assignation) a conduit à devoir traiter sur le mode de l'urgence à l'âge adulte :

- il est totalement dépendant du changement médico-chirurgical (transsexes et intersexes), ce qui ne valide que cette approche « médico-légale » de la société binaire ;

- obligation légale du divorce d'un mariage contracté avant transition au risque de ruptures familiales (derrière cette obligation, se profile le clivage hétéro/homosexualité) ;
- le changement est indiqué en marge de l'acte de naissance, de qui permet à de très nombreuses mairies, de repérer les personnes transsexuelles et d'inférer sur leurs demandes (notamment lors du renouvellement tous les 10 ans de la carte d'identité) en imposant l'acte intégral et non un extrait, d'où un recours obligé à un tiers (juriste, association ou autre).

Un statut d'exception médicalisée ne peut que déboucher sur des attendus et réponses d'exception masquant les individus. Ces attendus sous-jacents doivent être interrogés dans leur contexte et non au seul regard d'une théorie médicale sur l'identité sexuelle qui serait fondatrice de ce que l'individu est/ressent et vit en « nature » ou en « essence ». La coïncidence sexe-genre en tant que paradigme culturel unique et invariant a vécu. Nos pantalons, jupes, rouge à lèvres et cravate n'ont rien à devoir avec nos chromosomes, gènes et hormones mais tout à voir avec une histoire de nos cultures. « La biologie ne peut pas servir à fonder l'organisation sociale », analyse Thomas Pradel (immunologiste et philosophe des sciences¹⁵). Comment pourrait-elle servir à fonder une définition de ce qu'est l'homme et la femme ?

Un classement ne peut que prendre en compte et préciser les attendus socioculturels de son époque faute de quoi l'éthique qui doit siéger en toutes circonstances sera invalidée. La conséquence immédiate en est le savoir constitué et très logiquement la réponse et régulation qu'on en attend. Le récent exemple dans le récent rapport de la HAS indique une situation de fermeture.

Si l'objet de ce débat est le « vivre-ensemble » culturel et philosophique et non les représentations attachées socialement à une opposition historique (homme/femme, masculinité/féminité, blanc/noir...), tous ces attendus doivent être reformulés. A cet égard, les socialités queers ont largement innovées en déconstruisant le rapport historique sexe-genre utile socialement et ancré historiquement mais éthiquement indéfendable dès lors qu'ils s'agit de santé, a fortiori « psychique » et de vivre-ensemble.

¹⁵ Thomas Pradel, « La biologie ne peut pas servir à fonder l'organisation sociale » (article), La Recherche n°446 - Novembre 2010.

Tom Reucher

Psychologue clinicien

<http://syndromedebenjamin.free.fr>

Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique

1. **Petit lexique**
2. **Problématique de l'identité de genre**
3. **Dépsychiatriser la transidentité**
 - 3.1. Dépsychiatriser et démedicaliser
 - 3.2. Pourquoi dépsychiatriser
 - 3.2.1. Stigmatisation
4. **Propositions pour une nouvelle classification**
 - 4.1. Résumé du parcours de soins proposé par les usagers en France
 - 4.2. Propositions
5. **Conclusion**

1. *Petit lexique*

La médecine puis la société désigne les trans' par des termes inadaptés: “transsexualisme”, “transsexualité”, “transsexuel”, qui renvoient à une question de sexualité. Ces termes sont issus d'une confusion entre l'attrance amoureuse et sexuelle et l'identité de genre en prenant comme modèle homosexualité et hétérosexualité.

Nous préférons parler de “transidentité” car c'est une identité. Transidentité au sens des identités trans', qu'elles soient transsexes (plutôt que “transsexuelles”) ou transgenres. Le terme “transsexe” est construit sur le modèle “transgenre”. Nous disons les “personnes trans” ou “les trans” (avec une apostrophe) quand nous parlons des “personnes transsexes et transgenres”. Comme vous le savez, les trans' peuvent être hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, asexuels... Nous n'utilisons plus “transsexualité” ni si possible “transsexualisme”, les deux étant remplacés par “transidentité”.

2. *Problématique de l'identité de genre*

Il s'agit d'un développement atypique ou d'une variation de l'identité de genre, non d'un trouble. Si seule une minorité de personnes présente cette variation du développement identitaire, cela n'en constitue pas pour autant une pathologie. Pas plus que la minorité des gauchers n'a un trouble de l'habileté sous prétexte qu'elle est moins nombreuse que la majorité droitère.

3. *Dépsychiatriser la transidentité*

Après la sortie de l'affection psychiatrique de longue durée pour une ALD hors liste, la France avait prévu de demander à l'OMS de dépsychiatriser la transidentité. Toutefois, avec le changement de gouvernement, nous ne savons pas si cette démarche sera poursuivie.

3.1. *Dépsychiatriser et démedicaliser*

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

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

3.2. *Pourquoi dépsychiatriser*

Depuis qu'elle existe, la psychiatrie a été utilisée par les états pour définir ce qui est “normal” ou pathologique, ce qui acceptable ou inacceptable. On a donc pathologisé ce qui ne convient pas à la morale, à la majorité, ce qu'on ne comprend pas et qui dérange, afin maintenir un certain ordre. L'homosexualité, l'autisme, la transidentité, certaines formes de pratiques sexuelles qui n'aboutissent pas à la procréation (BDSM [bondage, domination, soumission, masochisme], sodomie, jeux sexuels...), etc.

Cette fâcheuse habitude de classer dans les maladies mentales tout ce que l'on ne comprend pas ou qui dérange est à interroger.

Déclassifier la transidentité de la liste des maladies mentales ne veut pas dire démedicaliser. Les trans' ont besoin de soins (hormones, épilation définitive, chirurgie...), d'accompagnement psychologique, ça ne veut pas dire qu'ils ont une maladie mentale. Par ailleurs, il est plus facile de faire un travail psychologique avec une personne quand elle n'est pas contrainte à consulter. Un travail psychologique sur la déconstruction des “normes”, de la honte de soi, du sentiment d'être une mauvaise personne, de ne pas être digne d'être aimé... est souvent utile. Une fois le problème de l'accès au traitement hormonal résolu, de nombreux trans' n'hésitent pas à faire cette démarche.

Depuis plus d'un siècle, la psychiatrie n'a eu de cesse de trouver une réponse contre la transidentité. Après avoir essayé tous les traitements disponibles (cure de Sakel, comas insuliniques, électrochocs appelés maintenant sismothérapie ou encore électro-narcose, lobotomie, molécules neuroleptiques et neurochimiques, psychothérapies diverses y compris les aversives...) en combinaison ou en association, aucune piste causale ni thérapeutique ne se dégage. Si aucune thérapie psy n'a guéri une **variation de l'identité de genre**, les hormones et la chirurgie (pour les trans' qui le souhaitent) améliorent considérablement leur vie depuis plus de 60 ans. Pourquoi leur refuser ce qui les aide le plus? Pourquoi vouloir contrôler les corps et les identités trans'?

Transférer la responsabilité de la décision du traitement à la personne trans' plutôt qu'à un psy me semble être la piste la plus efficace. Quand les patients concernés sont mis en situation de décider de commencer le traitement qu'ils demandent dès qu'ils le souhaitent, ils ne se précipitent pas tous chez l'endocrinologue. Certains vont temporiser et commencer un travail psychologique ou attendre que leur situation personnelle ou professionnelle soit plus favorable.

Il reste qu'on ne peut pas exiger que les trans' aient un meilleur équilibre psychologique que le reste de la population pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin. On n'en demande pas tant aux couples stériles qui demandent une procréation médicalement assistée. Pourtant, ils vont avoir à éduquer un enfant.

Sortir la transidentité de la liste des maladies mentales est fondamental pour l'évolution des droits des trans'. Où en seraient les droits des lesbiennes et gays si l'homosexualité était toujours psychiatisée? Pour les mêmes raisons, ne pas y faire entrer les intersexuations est tout aussi fondamental pour les intersexes.

Dépsychiatriser la transidentité, c'est permettre que la transphobie soit reconnue comme une discrimination. On ne discrimine pas des malades mentaux. Comment être pris au sérieux avec cette étiquette? C'est connu, les malades mentaux n'ont pas toute leur tête! On en conclut donc qu'ils ne sont pas capables de décider de ce qui est bon pour eux. Tant que la transidentité sera une maladie mentale, les trans' seront des personnes sans droit qu'on pourra discriminer en toute impunité. N'oublions pas qu'il y a des trans' qui se font agressés, assassinés uniquement à cause de leur identité de genre atypique.

Quand on se rappelle comment étaient traités les enfants gauchers ou les enfants adultérins dans les années 50, par manque d'information ou pour des raisons morales et comment on considère ces mêmes personnes dans les années 2000, on peut mesurer l'évolution de la société, de ses mœurs et de ses connaissances. C'est la même histoire qui se répète avec les trans'. Beaucoup de chemin reste à faire pour qu'ils soient considérés aussi bien que les gauchers aujourd'hui.

Aucune majorité n'a raison et ne constitue une “norme” uniquement parce qu'elle est majoritaire. Le degré de civilisation d'une société se mesure à sa capacité à intégrer les populations situées aux marges d'une courbe de gauss (en cloche) par rapport à la majorité. Ce sont ces populations qui font évoluer les “normes” d'une société. En conséquence, nous avons tout intérêt à connaître et respecter les populations et cultures marginales, c'est à dire minoritaires. Je pense à une société libertaire, une société qui permette à chacun d'y avoir une place, une société sans domination ni discrimination.

3.2.1. Stigmatisation

Les malades mentaux ont mauvaise réputation et sont marginalisés par la psychiatrie. Pourtant ils n'ont pas choisi d'être malades, ils n'ont pas d'emprise sur leur pathologie. Reproche-t-on à quelqu'un d'être cardiaque ou diabétique? Pourquoi en vouloir aux malades mentaux? Parce qu'ils sont trop différents, trop étranges! C'est aussi une forme de racisme. Quant aux personnes qui se développent d'une façon “marginale”, c'est à dire d'une façon non conforme aux habitudes d'une majorité, c'est la société qui a “fabriqué” leur marginalisation, elle se doit donc de ne pas les exclure, de ne pas les juger. Il faudrait sans doute changer le vocabulaire et aussi diffuser des informations à destination du grand public via des documentaires, des fictions...

Les mots ont leur importance. Pour prendre un exemple récent, parler de “désordre du développement sexuel” me semble péjoratif. Pourquoi toujours penser en terme de déficit ou de manque alors que, quelles qu'en soient les causes, il s'agit d'une “variation du développement sexuel”. Cela ne veut pas dire que le porteur de cette variation ne pourrait pas obtenir une correction ou modification s'il le souhaitait.

Les variations du développement sexuel ne devraient pas relever des procédures de la transidentité, les dites variations étant suffisantes à mes yeux pour permettre aux personnes intersexuées de s'orienter dans un genre ou l'autre si elles le demandent. Les divers tests (biologiques, génétiques...) devraient donc être faits en première intention avant toute orientation dans un processus de soins.

Quelle que soit l'origine de la transidentité, on ne choisit pas d'être trans', pas plus que d'être homosexuel ou gaucher. On a tendance à oublier que ce sont d'abord des enfants qui ont ce problème identitaire. A force d'être rejetés et discriminés parce qu'ils sont différents, les trans' ont souvent une mauvaise image d'eux-mêmes. Ils ont intégré le fait d'être une mauvaise personne dès l'enfance. C'est la transphobie intériorisée. Les conséquences de la stigmatisation influent sur l'équilibre psychologique des personnes concernées. S'il y a besoin d'une aide psychologique, elle concerne les conséquences de la discrimination subie à cause d'une identité de genre atypique. Je ne note pas ces difficultés d'estime de soi chez les personnes dont la culture permet cette variation de l'identité de genre.

D'autre part, pourquoi faudrait-il avoir une anatomie conforme à l'autre sexe alors que l'on ne sait pas vraiment bien faire? Les intersexes existent. Il ne devrait pas y avoir de contrainte artificielle à la “normalité” sociale ou médicale. Ce ne serait pas grave s'il y avait plus de personnes ne correspondant pas aux 2 anatomies habituelles ou majoritaires. Le corps médical ne devrait pas être dérangé par ces variations anatomiques. Tant que la santé n'est pas en jeu, il n'y a pas lieu d'imposer une voie ou une autre s'il n'y a pas de demande de la personne concernée. Ceci est fondamental et est en droite ligne des recommandations de Thomas HAMMARBERG.

4. Propositions pour une nouvelle classification

Pour acter la dépsychiatrie des transidentités, il faut partir sur une nouvelle organisation des soins et inventer une procédure simple, permettant de rassurer les professionnels de santé. En France, les usagers proposent de partir sur le modèle de l'interruption de grossesse dans ses débuts. Certes, l'interruption de grossesse ne modifie pas le corps de la femme mais ce n'est pas un acte anodin et il peut avoir autant de conséquence qu'un traitement hormonal chez une personne transidentitaire.

L'idée, c'est la libre disposition de son corps. Si une personne ne désire pas procréer, pourquoi n'aurait-elle pas le droit de se faire stériliser? On opère sans difficulté le nez qui est un aspect majeur du visage alors qu'on prend beaucoup de précaution pour les parties génitales qui, elles, ne se voient pas. Si cela lui convient, l'aspect génital d'une personne ne l'empêche pas de fonctionner socialement, professionnellement et familialement. C'est sur le plan sexuel et conjugal que le problème peut se poser.

4.1. *Résumé du parcours de soins proposé par les usagers en France*

- Première procédure de consentement éclairé en 1 mois (Centre de planning familial).
- Traitement hormonal et test de vie réelle avec les hormones. Epilation, rééducation vocale, chirurgie non génitale à la demande (FFS, pomme d'Adam, mastectomie). Accompagnement psychologique si souhaité à tout moment.
- Pour la chirurgie génitale, seconde procédure de consentement éclairé en 1 semaine un an après le premier consentement éclairé (au minimum).
- Changement d'état civil dès que la personne l'estime nécessaire et au plus tôt 6 mois après le premier consentement éclairé. Changement de prénom dès le premier consentement éclairé.

4.2. *Propositions*

La transidentité pourrait être classée (comme le sont la contraception et l'avortement non pathologique Z30.3) dans le CHAPITRE XXI. Voici plusieurs possibilités dans ce chapitre:

1.Z00-Z99 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

- Z55-Z76 Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales
- Z60.5 Cible d'une discrimination et d'une persécution
Discrimination ou persécution, réelle ou perçue comme telle, pour des raisons d'appartenance à un groupe (défini par la couleur de la peau, la religion, l'origine ethnique, **l'identité de genre**, etc.) et non pour des raisons liées à la personne.

Concernant Z60.5, il serait utile d'ajouter à la liste «*l'identité de genre*» même si le «*etc.*» laisse le champ libre.

2.Z70-Z76 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs

qui après ajout d'un point Z77 devient:

- Z70-Z77 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs
[...]
Z77 Variation de l'identité de genre ou «identité de genre atypique»
ou «transidentité» ou «trans-identité» ou «trans identité»

3.Z40-Z54 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques

- Z40 Opération prophylactique
[...]
Z40.1 Traitements prophylactiques pour variation de l'identité de genre
ou «identité de genre atypique» ou «transidentité» ou «trans-identité»
ou «trans identité»

Pourquoi en Z40.1: s'il n'y a pas de traitement possible pour la transidentité, il y a des risques de santé publique à cause du désespoir: suicide ou tentative, dépression, hormonothérapie sauvage, prostitution pour se payer les traitements hormonaux et chirurgicaux, abus de substances (drogues, alcool), exposition à des risques de contamination aux IST...

Il ne me semble pas utile de différencier les personnes qui souhaitent seulement un traitement hormonal de celles qui demandent aussi une chirurgie génitale, les avis peuvent changer dans un sens ou dans l'autre en fonction de l'expérience du vécu. Par exemple, un FtM qui souhaitait un phalloplastie peut y renoncer après avoir pris connaissance des difficultés à la réaliser et des risques opératoires. Une MtF peut après plusieurs années de traitement hormonal avoir envie d'aller plus loin dans sa transformation et demander une vaginoplastie. De même, la distinction de l'orientation sexuelle n'est pas pertinente car elle est de nature différente de l'identité de genre.

Je tiens aussi à préciser que le terme "transgenre" ne sera pas utilisable en France dans le domaine médical car il a été déposé par une association comme marque à l'INPI en 2005 dans les classes pharmaceutiques, médias et art.

5. Conclusion

On ne peut qu'être d'accord avec cette définition de la santé par l'OMS:

«état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

Le respect des droits humains tel que définis dans “Les principes de Jogjakarta” et les recommandations de Thomas HAMMARBERG, “Droit de l'Homme et identité de genre” est essentiel et ces principes ne peuvent/doivent pas être ignorés par l'Organisation Mondiale de la Santé.

En conclusion, les trans', les pervers et les psychotiques, même combat? Oui! pour le respect des droits humains les concernant.

Bibliographie

FOERSTER Maxime, (2006), *Histoire des transsexuels en France*, (essai), Béziers: H&O éditions, 186 p. Préface de Henri Caillavet.

HAMMARBERG Thomas, *Droit de l'Homme et identité de genre*, octobre 2009, [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CommDH/IssuePaper\(2009\)2](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CommDH/IssuePaper(2009)2), (Commissaire européen aux droits de l'Homme).

MARCHAND L., RONDEPIERRE J., HIVERT P. et LEROY P., (1952), *Examen anatomo-pathologique de l'encéphale d'un dément précoce mort au cours d'une életronarose 23 mois après une lobotomie*, in *Annales médico-psychologiques*, février 1952, pp. 175-179. Société médico-psychologique, séance du 14 janvier 1952.

Panel international d'experts en législation internationale des droits humains, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, (2007), *Les principes de Jogjakarta. Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre*, www.yogyakartaprinclples.org.

OMS, (1993a), *Chapitre XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)*, in *CIM-10/ICD-10*, <http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/>.

Arnaud Alessandrin
 Doctorant en sociologie
 Université Bordeaux 2

CIM 11 ET DSM V : FAUT-IL DECLASSIFIER LES VARIANCES DE GENRE ?

Résumé : Alors que les classifications psychiatriques internationales sont en réécriture, quelle place les « variances de genre » occuperont-elles demain ? Doivent-elles rester dans le domaine psychiatrique ou ont-elles vocation à quitter, comme l’homosexualité en 1973, les classifications du DSM ? Au-delà, nous nous poserons la question des conséquences de cette psychiatrisation. Comment amoindrir le coût de la pathologisation ? Ne serait-il pas pertinent de prendre en compte les revendications du terrain pour une meilleure reconnaissance de toutes les transidentités ? Nous verrons que la mise à l’écart d’une partie des transidentités par les protocoles de changement de sexe actuels renvoie à des parcours autogérés qu’il s’agit d’accompagner, de reconnaître, sans les pathologiser. Dès lors, comment les réécritures du DSM et de la CIM peuvent-elles concilier des revendications pour une dépsychiatrisation totale et des demandes de prises en charge ? Peut-on dépathologiser sans démedicaliser ?

C’est un préalable indispensable pour bien saisir la teneur du débat : depuis la fin des années 1970 les protocoles hospitaliers de changement de sexe imposent, dans le cadre d’une demande de remboursement par la sécurité sociale, un certain nombre de règles, d’étapes, qui consistent à « diagnostiquer » comme transsexuelles les personnes faisant une demande de réaffectation. Ce processus de « transsexualisation » (1) des variances de genre se concrétise aujourd’hui dans les formes de prises en charge protocolaires proposées par la SOFECT¹⁶ (SOciété Française d’Etude et de prise en Charge du Transsexualisme), association regroupant les différents praticiens des équipes françaises. Cependant, entre contre-expertises des personnes Trans et réécritures des classifications psychiatriques actuelles (DSM IV¹⁷ et CIM 10¹⁸), ces protocoles sont mis en crise¹⁹. C’est la centralité et même l’utilité de la psychiatrie dans le processus de changement de sexe qui sont ici discutées. Ce que je propose dans cet article c’est, au-delà d’une présentation des réécritures en cours, de saisir les enjeux d’une « dépsychiatrisation » des personnes Trans²⁰. Entre déremboursement, dépsychiatrisation, et démedicalisation, comment amorcer une authentique « dépathologisation » des identifications de genre ?

Je pose cette question d’autant plus sérieusement que le désir de reconnaissance des personnes Trans n’est pas rabattable sur l’unique domaine médical. Il ne s’agit pas seulement d’une demande de prise en charge mais d’une demande de reconnaissance non comme « malade » mais comme « minorité culturelle », déplaçant ainsi les lignes de la « controverses Trans » (2). Et cette dépathologisation va de paire avec une préoccupation en termes de santé publique : si la pathologisation fait souffrir, elle éloigne aussi les acteurs des parcours de soins hospitaliers pour les orienter vers des pratiques plus risquées médicalement d’une part (automédication, hormonothérapies par internet) et socialement d’autre part (discriminations, prostitution). L’absence de reconnaissance et de visibilité en dehors du domaine médical fait basculer les expériences de vie des personnes concernées de la performativité (de genre comme de sexe) à la vulnérabilité (sociale, familiale etc.) et l’absence de données chiffrées sur la prévalence, en France, du VIH chez les Trans reste une préoccupation majeure.

¹⁶ <http://www.transsexualisme.info/>

¹⁷ DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

¹⁸ CIM : Classification Internationale des Maladies

¹⁹ Ajoutons à cela les impératifs en termes de droit (notamment européen) qui contraignent la pratique psychiatrique et mettent à mal son hégémonie dans ce domaine.

²⁰ J’écris « Trans » pour ne pas reproduire les catégories du discours militant et psychiatrique qui dissocient « transgenres » et « transsexuels » du fait qu’elles ne me paraissent pas être une catégorie d’analyse pertinente (en disant Trans j’inclus alors toutes les transidentités sans trop insister sur l’aspect « identitaire »).

Pour le dire comme Butler « *s'entendre dire que votre vie genrée vous condamne à une vie de souffrance est en soi inexorablement blessant (...) c'est une parole qui pathologise et la pathologisation fait souffrir* » (3). Dès lors, comment dépathologiser sans démedicaliser, et ce tout en améliorant l'accès aux soins ?

Du « transsexualisme » à la « non congruence de genre » : les réécritures du DSM (4)

En 1980 la « transsexualité »²¹ rentre dans les classifications du DSM (l'homosexualité en sort dès 1973). En 1994, la quatrième version du manuel fait évoluer la définition des « troubles de l'identité sexuelle »²² et renomme le concept de « transsexualité » en celui de « dysphorie de genre », mettant l'accent sur la « souffrance » transsexuelle. Comparons alors cette version avec les propositions de réécritures pour se rendre compte de l'évolution théorique et sémiotique qui accompagnent le passage d'un DSM à l'autre.

DSM IV (code 302.6 et 302.85)

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

GENDER INCONGRUENCE :

- Une non concordance de genre marquée entre le genre assigné et les expériences de genre vécues d'au moins 6 mois et qui se manifeste par au moins deux des indicateurs suivants :
- Une non concordance de genre marquée entre les expériences de genre vécues et les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires.
- Un désir fort de se débarrasser des caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires d'un des deux sexes du fait d'une non concordance marquée entre l'expérience de genre vécue et le genre assigné.
- Une attirance forte pour les caractéristiques de l'autre sexe.
- Un désir d'appartenir à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné
- Une volonté forte d'être reconnu comme appartenant à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné
- La conviction d'avoir des réactions et des sentiments appartenant à l'autre genre ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné

Dans l'ancienne version du DSM

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

On voit très nettement une différence dans les formulations du nouveau DSM qui marquent un changement certain.

- 1- On y parle de genre (que l'on distingue en genre assigné et en expériences de genre vécues)
- 2- Tous les facteurs qui sont déclinés ne fonctionnent pas de manière concomitante
- 3- On différencie les caractéristiques sexuelles primaires et secondaires (on amorce donc une dégenitalisation du sexe)
- 4- Il y a une reconnaissance des « genres alternatifs »

Au total, c'est à l'intérieur même de l'enceinte psychiatrique que les définitions relatives à ce qui se nomme encore actuellement les « dysphories de genre » vacillent au profit d'une définition plus large,

²¹ Je mets transsexualisme entre guillemets pour insister sur le fait qu'il s'agit là d'un concept inventé par la psychiatrie et qu'en ce sens la transsexualité est un phénomène iatrogène à la médecine elle-même.

²² On regrettera que les classifications psychiatriques ne désassocient pas le sexe, du genre, de la sexualité.

moins restrictive et qui, si elle n'assure pas le dépsychiatisation tant attendue par les militants Trans, laisse entrevoir une rupture conséquente²³. En effet, ce qui semblait jusque là faire tenir les devenirs transsexuels endigués dans des protocoles, c'était -justement- la solidité de ces protocoles, qui étaient certes remis en question de l'intérieur par les populations Trans, mais qui tendaient à s'harmoniser sur le territoire français voire européen. Ce qui n'est plus le cas aujourd'hui : avec les nouveaux horizons psychiatriques qu'offre l'APA²⁴ (l'Association Américaine de Psychiatrie), les protocoles actuels sont confrontés à une exigence de redéfinition de leurs cadres théoriques mais aussi de l'ensemble de leurs offres en termes de soins, de suivis, d'accompagnements, d'éthique et de respect du droit²⁵. Surtout que les populations Trans, pour le dire comme Tom Reucher, « deviennent expertes » (5) et rendent visible l'étendue des expériences Trans irréductibles au monde des protocoles et à l'univers médical. Il faut donc questionner ce qui est au cœur de notre affaire, à savoir ce que font les populations Trans de ces déstabilisations et je serais tenté de dire « ce que font les populations Trans en faveur de ces déstabilisations ». Car les termes du débat sont à considérer avant tout du côté des acteurs. Ils se situent entre « dépsychiatisation » et « prise en charge » que nous devons aussi entendre au sens d'une « prise en compte » (6).

Entre demande de dépsychiatisation et demande de prise en charge

Pour se donner une idée précise de cette « demande de changement de sexe » regardons les chiffres :
Chiffres de la Sofect (09/2009 à 09/2010): 6 équipes médicales

- 1229 patients en file active en endocrinologie
- 154 chirurgies dont 81 MtF²⁶ et 73 FtM²⁷ (soit 12% des personnes suivies)

Chiffres des prises en charge hors de France:

- 25 patients français en Belgique (Gand)
- 50 français par an au Canada
- 135 français par an en Thaïlande (soit plus d'opérations qu'avec les protocoles nationaux)

Chiffres « Le MAG / HES »²⁸ (Enquête réalisée en 2009 auprès de jeunes Trans)

- Au total moins de la moitié des personnes sondées (48%) ont commencé à frapper à la porte des médecins pour démarrer leur parcours médical.
- Parmi les personnes qui ont pris conscience de leur transidentité entre 11 et 15ans et qui sont majeures aujourd'hui, 40% n'ont toujours fait aucune démarche, 55% suivent une hormonothérapie, 39% ont effectué des opérations et au total 10% seulement ont une procédure de changement d'état civil en cours ou achevée.
- Sur les 30% des personnes sondées ayant au moins commencé l'hormonothérapie, 70 à 80 % ne sont pas suivies par ces équipes.
- Pour ce qui est des opérations (qu'elles soient de simples plasties réparatrices ou des réassignations sexuelles), 90% des personnes opérées les effectuent hors équipes autoproclamées officielles et pour au moins la moitié hors de France.

On remarque donc de manière chiffrée ce qui avait été préalablement souligné de manière théorique à savoir que les protocoles de soins français ne répondent pas à l'ensemble des demandes Trans. Mais c'est aussi en termes de santé publique que ces chiffres doivent nous interpeller. Vécus comme contraignants, humiliants ou discriminants, les protocoles de changement de sexe excluent du domaine du soin un grand nombre de personnes Trans qui, par peur de se voir refuser une opération ou du fait de délais d'attentes trop longs, décident de s'orienter vers des opérations dans des cliniques privées mais aussi vers

²³ La psychiatrie américaine semble ici faire un pas décisif : elle reconnaît un devenir genré en dehors d'une binarité. Je n'irais pas jusqu'à dire que la psychiatrie américaine se « queerise » mais elle met au centre de la problématique Trans une nouvelle dimension des identifications de genre observable sur le terrain.

²⁴ <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

²⁵ Nous ne nous posons donc plus la question que se posait Marc Louis Bourgeois dans son article « Le changement de sexe est-il un droit de l'homme » en 1994 (Synapse, Editio)

²⁶ Male to Female

²⁷ Female to Male

²⁸ <http://www.hes-france.org/>

l'automédication, ce qui semble être une conséquence directe de l'épreuve de la pathologisation subie. L'autofinancement des changements corporels, qu'ils soient esthétiques ou sexués, nécessite que nous nous posions la question de l'accès aux soins de toutes les personnes Trans mais aussi de la prévention au VIH (puisque en France aucune étude épidémiologique n'a été réalisée)²⁹. Comme outil de légitimation des pratiques protocolaires excluantes, les classifications internationales doivent prendre en considération l'inversion qui a lieu : c'est en deçà des maillages théoriques et techniques du « transsexualisme » que se produisent les corps Trans. Je fais ici l'hypothèse qu'une réécriture dépathologisante de la Classification Internationale de Maladie amoindrirait le coût psychologique et social d'une prise en charge et de ce fait limiterait les conduites à risques. La place des réécritures du DSM et de la CIM est de ce point de vue centrale. Elles exigent qu'on examine de près la question de la pathologisation produite par la classification tout en maintenant l'impératif de remboursement des opérations de réassignation ou de tout autre acte médical, chirurgical, qui irait dans le sens d'un « mieux être » chez les personnes concernées. Si le DSM ne dépsychiatrise pas les variances de genre (puisque il les maintient dans ses classifications) la CIM quant à elle assure d'une prise en charge médicale sans le poids psychiatrique propre aux classifications de l'APA. Pour le dire autrement, en se calquant sur le déplacement épistémologique du DSM, les réécritures de la Classification Internationale des Maladies permettraient une dépathologisation sans démedicalisation. C'est donc la combinaison des deux réécritures qu'il s'agit de prendre en compte.

Conclusion :

Il est à noter qu'en reconnaissant par exemple l'existence des « genres alternatifs » ou en dégenitalisant le sexe (c'est-à-dire en n'exigeant plus des personnes Trans qu'elles soient systématiquement stérilisées et opérées, ce qui est encore une condition *sine qua non* pour l'obtention d'un changement d'état civil en France), le futur DSM semble s'orienter vers une meilleure reconnaissance de toutes les formes corporelles Trans, dans la diversité de leurs agencements sexe-genre. Aussi, la question « faut-il retirer les déviations de genre du DSM et de la CIM » mérite d'être reformulée. Sans propositions politiques ou juridiques susceptibles d'accueillir l'ensemble des transidentités, il m'apparaît plus pertinent de se demander quelle formulation mériterait qu'on la retienne. Pour cela il faut espérer, et c'est en sens que j'écris cet article, que deux conditions soient réunies pour que les réécritures du DSM et de la CIM portent leurs fruits. D'une part, qu'elles incorporent les revendications Trans de dépathologisation. D'autre part qu'elles permettent de maintenir un système de remboursement pour toutes les personnes Trans en dehors de toute volonté de « correction normative d'autrui » par la médecine, et ce quelque soit le mode de « réalisation de soi » choisi par l'individu.

²⁹ <http://www.actupparis.org/spip.php?article3829>.

On notera le rapport Yéni : <http://www.sante-sports.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>