



La demande de soins des personnes transsexuelles en France : prise en charge médicale et respect de la dignité

Lucile Girard

► To cite this version:

Lucile Girard. La demande de soins des personnes transsexuelles en France : prise en charge médicale et respect de la dignité. Human health and pathology. Université René Descartes - Paris V, 2013. French. <NNT : 2013PA05D007>. <tel-00921071>

HAL Id: tel-00921071

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00921071>

Submitted on 19 Dec 2013

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.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES – PARIS V

THÈSE

Pour l'obtention du grade de
Docteur Sciences de la Vie et de la Santé

École doctorale 262
Laboratoire d'Éthique médicale et de médecine légale

Discipline : Éthique médicale

Présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 2013 par
Lucile GIRARD

**LA DEMANDE DE SOINS DES PERSONNES TRANSSEXUELLES EN FRANCE :
PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET RESPECT DE LA DIGNITÉ**

Jury

Pr. Christian HERVÉ	Président du jury
Pr. Irène FRANÇOIS-PURSSELL	Directrice de thèse
Pr. Marc REVOL	Rapporteur
Pr. Clotilde ROUGÉ- MAILLART	Rapporteur
Mme Bénédicte BÉVIÈRE	Examineur
Dr Alain BÉRY	Examineur

RÉSUMÉ

Le parcours de soins des personnes transsexuelles relève d'une prise en charge multidisciplinaire comportant des aspects médicaux, sociaux et juridiques. Ces trois pôles agissent en interaction et en complémentarité.

En France, le protocole établi par la Sécurité sociale en 1989 impose un suivi psychiatrique des personnes d'au moins deux ans avant qu'elles puissent prétendre à une prise en charge de l'opération de réassignation sexuelle ; ceci dans le but, entre autres, d'évaluer la qualité de leur demande. Ces consultations sont souvent décriées par les personnes transsexuelles qui les trouvent stigmatisantes parce qu'elles associent ouvertement leur trouble à la maladie psychiatrique. Les personnes transsexuelles considèrent que le suivi psychiatrique imposé est une atteinte à leur dignité dans le sens où leur parole se trouve remise en question par des questionnaires et des évaluations, établis par un personnel médical qui ne peut ressentir ce qu'elles vivent. Actuellement, beaucoup de personnes transsexuelles ne suivent pas ce protocole médical recommandé par la Haute autorité de santé (HAS), qu'elles estiment trop rigide et éloigné de leurs besoins ; elles organisent elles-mêmes leur parcours ayant parfois recours à des actes chirurgicaux pratiqués à l'étranger. Pour finir, ce parcours de soins serait incomplet s'il n'était validé par une modification de l'état civil ; ainsi le parcours médical de transformation de la personne se trouve lié à un parcours juridique garant de l'intimité et des droits de la personne.

Les origines psychologiques, psychiatriques, biologiques ou génétiques du transsexualisme sont encore discutées, sans qu'actuellement aucune réponse ne puisse être donnée de façon reproductible et fiable ; seules des interrogations sont posées.

Dans ce contexte d'incertitudes, les paroles que nous avons recueillies font apparaître une réalité du terrain où la personne est, par la force des choses, au centre de l'acte de soins et heurte la conception scientifique de la médecine par ses choix et ses attitudes.

Ces différents parcours de vie nous ont montré combien le respect de la personne dans sa différence, non quantifiable et inclassable, était important. Le respect de l'expertise acquise de la part du patient, le respect de sa vérité, de sa décision et de ses choix, sont des revendications qui sont apparues régulièrement. Par ailleurs, au-delà de l'aide médicale demandée, le besoin d'aide psychologique, de soutien moral et financier dessine le profil de personnes vulnérables qu'il convient de soigner et dont il convient de prendre soin.

Toutefois il ne faut pas oublier la violence des actes demandés, les interrogations qu'ils suscitent chez les patients et les praticiens concernés. La décision d'entreprendre tous les traitements médicaux et chirurgicaux nécessaires au bien-être de la personne, si elle est présentée comme une décision personnelle, entraîne dans sa dynamique de nombreux acteurs. Certains choisissent d'adhérer à cette transformation, d'autres se trouvent parfois contraints de l'accepter.

Mot-clés : transsexualisme, parcours de soins, prise en charge médicale, dignité de la personne.

ABSTRACT

The care of transsexual patients calls for a multidisciplinary approach, involving medical, social and legal areas of expertise. These three areas both interact with and complement each other.

The French national healthcare system drafted its standards of care in 1989, which require at least two years of psychiatric evaluation before the patient can request that their sex reassignment surgery be paid for by the health system. The purpose of this follow up is to evaluate, among other things, the merits of their request. These consultations are often criticized as stigmatizing by transsexuals, given the overt link these evaluations imply between their condition and mental illness. Transsexuals think that the mandatory psychiatric follow up is an attack on their dignity because their word is put into question by tests and evaluations performed by medical personnel who have no empathy for what they are going through. Currently, many transsexuals do not follow these standards of care, even if recommended by the HAS (Haute Autorité de Santé – the official French health standards organization), as they are considered both too rigid and too disconnected from their real needs. Therefore, transsexuals organize their own healthcare process and sometimes have their surgery performed abroad. Last but not least, the healthcare process would be incomplete without it ending with the change in their legal identity. The medical transformation is linked in this way to a legal process, which is necessary to guarantee the individual's privacy and personal rights.

Psychological, psychiatric, biological and genetic origins of transsexualism are still subject to debate, and there are no reliable or reproducible answers, only question marks.

In this uncertain context, the testimony we have gathered underline the reality of life where the person is inevitably both at the center of a series of medical treatments and a challenge to the scientific conception of medicine, both in their choices and their attitudes.

These different life stories, demonstrate how important respect for the difference, unquantifiable and unclassifiable, of these people is. Respect for the expertise that the patient has acquired, respect for his or her sincerity, choices and his decisions are requests that have arisen regularly. Moreover, beyond the medical treatments that are requested, the need for psychological, moral and financial support is part of the profile of that can be drawn of a vulnerable population that needs to receive care and be cared for.

We must not forget the “violence” of the procedures that are requested, as well as the questions raised by patients and practitioners. The decision to undergo medical and surgical procedures is necessary to the well being of the person. Even if this decision is presented as a personal choice, many other people are inevitably involved. Some choose to freely embrace this transformation, while others sometimes feel forced to accept it.

Keywords : transsexualism, healthcare pathways , medical care , dignity.

Remerciements

Au Professeur Christian Hervé :

Pour m'avoir donné l'opportunité et la chance de réaliser cette thèse au sein de son laboratoire ainsi que d'avoir accepté de diriger le jury de ma soutenance. Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect pour la qualité de ses remarques, sa disponibilité et son soutien au cours de ces quatre années,

Au Professeur Irène François-Purcell :

Pour avoir accepté de diriger cette thèse. Pour sa présence active, ses conseils professionnels et sa grande disponibilité sans lesquels *cette thèse n'aurait pu aboutir. Je tiens à l'assurer de* mes sincères remerciements.

Aux membres du jury :

Pour avoir accepté d'ajouter à leur emploi du temps déjà chargé un temps supplémentaire pour juger et débattre de mon sujet de thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de toute ma reconnaissance.

À toutes les personnes Trans que j'ai rencontrées :

Que ce soit dans le cadre de mes entretiens ou à l'occasion de rencontres professionnelles ; pour la confiance qu'elles m'ont accordée. J'espère qu'au travers de cette thèse elles trouveront l'expression de toute mon admiration quant au parcours qu'elles osent entreprendre et à la façon dont elles gèrent les nombreuses difficultés qui s'y rattachent. Je tiens aussi à les remercier pour la richesse de ce que j'ai pu apprendre à leur contact, notamment sur le rapport à autrui.

Aux membres de l'association RES.P.E.C.Trans

Pour leur participation au réseau, et tout particulièrement au **Dr Alain BÉRY** sans qui ce réseau n'aurait pu voir le jour. *Qu'ils soient remerciés de leur engagement.*

Un grand merci aussi à **Christine Roussey** *qui s'est attachée avec application à corriger et mettre en page cette thèse* ; pour sa bonne humeur malgré la charge de travail demandée, parfois en urgence, à **madame Courteau**, **Nadia Anglio** et **Jeanne Besse** pour leur accueil toujours souriant et leur disponibilité .

À ma famille et mes amis *pour leur amour et leur amitié qui n'ont jamais manqué, que je remercie aussi de leur patience et de leur écoute.*

À mon grand-père **le Dr Georges Girard**, pour les valeurs, *le savoir et l'humanité qu'il m'a transmis.*

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE	9
INTRODUCTION	10
PROBLEMATIQUE	11
HYPOTHESES	12
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	12
PARTIE THÉORIQUE	14
1 TRANSSEXUALISME/TRANSSEXUALITE	14
1.1 <i>Métamorphoses, identités et transsexualité</i>	14
1.1.1 Modifier son identité de genre, une démarche qui existe depuis l'antiquité.....	14
1.1.2 Du constat à l'analyse scientifique : de la théorie à la pratique	16
1.1.3 Identification et pathologisation du transsexualisme	18
1.2 <i>Transsexualisme et société</i>	22
1.2.1 Transsexualisme, sexe et genre.....	22
1.2.1.1 De la psychiatrie à la psychanalyse	22
1.2.1.2 La vision sociologique et philosophique	23
1.2.2 Le rôle des associations d'auto-support.....	24
1.2.3 Définitions du terme de transsexualisme et évolution des définitions.....	26
1.3 <i>Transsexualisme et réglementation juridique</i>	28
1.3.1 La modification de l'état civil des personnes transsexuelles	28
1.3.2 L'état civil de la personne.....	28
1.3.2.1 L'acte de naissance.....	28
1.3.2.2 La modification du prénom.....	29
1.3.3 Transsexualisme et réglementation juridique.....	29
1.4 <i>Le parcours de transformation des personnes transsexuelles en France</i>	32
1.4.1 Parcours médical.....	33
1.4.1.1 Les protocoles de référence.....	33
1.4.1.2 La réalité du terrain	34
1.4.2 L'encadrement juridique du traitement médical	37
1.4.3 Les démarches juridiques du changement du sexe et du prénom	37
2 LA PERSONNE TRANSSEXUELLE ET LE RESPECT DE LA DIGNITE	39
2.1 <i>Le concept de dignité</i>	39
2.1.1 Les différentes conceptions de la dignité	39
2.1.1.1 La conception religieuse.....	39
2.1.1.2 La Conception philosophique et humaniste.....	40
2.1.1.3 La conception juridique : de la dignité de la personne à la dignité humaine.....	41
2.1.1.4 La conception médicale de la dignité	43
2.1.1.4.1 Le serment d'Hippocrate.....	43
2.1.1.4.2 Les lois de bioéthique	43
2.1.1.4.3 Le consentement éclairé et les droits du patient	43
2.2 <i>Le transsexualisme face aux éléments fondamentaux de la dignité</i>	44
2.2.1 Le respect de la vulnérabilité.....	44
2.2.2 Le respect de l'altérité	45
2.2.3 La liberté de choix	45
2.2.4 Les droits élémentaires de survie, l'autonomie.....	45
2.3 <i>Précision</i>	46

TRAVAIL DE RECHERCHE	47
1 MATERIEL ET METHODE	47
2 RESULTATS DE L'ENQUETE	52
2.1 <i>Critique de la méthode</i>	52
2.2 <i>Rapport et synthèse, par question, des réponses obtenues</i>	54
2.2.1 Entretien A.....	54
2.2.2 Entretien B un an après ; N = 18	100
2.3 <i>Synthèse générale et discussion des thèmes prédominants</i>	126
2.3.1 Un autodiagnostic affirmé par le patient.	127
2.3.1.1 Un trouble ressenti précocement.....	127
2.3.1.2 La construction progressive d'un autodiagnostic.....	128
2.3.1.3 La demande de validation de l'autodiagnostic.....	129
2.3.2 Une décision vécue comme une nécessité et non un choix	132
2.3.2.1 Le besoin de mettre en conformité son anatomie avec son genre ressenti : entériner son identité.	
2.3.2.2 La responsabilité de la personne Trans vis-à-vis de sa décision	133
2.3.3 Le besoin de la personne d'être respectée dans sa décision	135
2.3.3.1 Le respect de la parole du patient.	135
2.3.3.2 Le respect du libre-arbitre de la personne dans l'organisation de son parcours	136
2.3.4 Le besoin de bienveillance	138
2.3.4.1 La demande à ne pas être jugé.....	138
2.3.4.2 La prise en compte de la vulnérabilité de la personne Trans	139
2.3.4.2.1 Le besoin d'un soutien psychologique	139
2.3.4.2.2 Le manque d'information.....	140
2.3.4.2.3 La prise en charge financière des actes médicaux	141
2.3.4.2.4 La prise en compte des difficultés sociales liées au transsexualisme	142
2.3.5 Une décision personnelle qui n'entraîne pas que la personne elle-même.	143
2.3.5.1 Les relations avec les professionnels médicaux	143
2.3.5.2 Les relations avec l'entourage.....	145
2.4 <i>Conclusion</i>	146
DISCUSSION	148
1 ANOMALIE, ANORMALITE OU PATHOLOGIE ?	148
1.1 <i>Une anomalie ressentie, une demande anormale.</i>	148
1.1.1 Trans et sexuel.....	148
1.1.2 De l'anomalie à l'anormalité	149
1.2 <i>Quels soins pour quelle pathologie ?</i>	150
1.2.1 Perversion, folie ou plus simplement erreur de la nature ?	150
1.2.2 Traiter une souffrance	151
2 L'ECOUTE DE LA PAROLE ET DE LA DEMANDE DE SOINS DE LA PERSONNE TRANS : LES RISQUES D'UN JUGEMENT DE VALEUR.....	152
2.1 <i>La personne Trans : patient expert</i>	152
2.1.1 L'expertise d'un discours orienté	153
2.1.2 L'expertise du patient vis-à-vis des soins chirurgicaux.....	154
2.2 <i>L'affrontement de deux convictions</i>	155
2.2.1 La conviction d'être Trans	155
2.2.2 Comment le praticien peut-il évaluer la « conviction d'être Trans » ?	157
2.3 <i>Une compréhension particulière du patient Trans : comprendre qu'il existe de l'incompréhensible.</i>	158
2.4 <i>Croire sans preuve, et même avec toutes les preuves du contraire</i>	160
2.4.1 La difficulté de reconnaître sans juger.....	160
2.4.2 Les risques de protocoles basés sur l'apparence.....	161
2.4.3 S'abstraire du personnage et s'attacher à la personne	162

3	LE RESPECT DE LA CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE IDENTITE COMME REPONSE AU DESIR DE RECONNAISSANCE.	164
3.1	<i>Trans-identité ou simplement entériner son identité ?</i>	164
3.2	<i>Les marqueurs de l'identité et leur reconnaissance</i>	165
3.2.1	Le physique	165
3.2.2	La voix	166
3.2.3	Le genre	167
3.2.3.1	L'attention portée à l'apparence	168
3.2.3.2	Les réorientations professionnelles	169
3.2.3.3	La modification des codes de politesse, et la répartition des tâches	169
3.2.3.4	La modification de la sexualité	169
3.3	<i>Se faire reconnaître et accepter</i>	170
3.3.1	Reconnaissance et respect de la vulnérabilité des personnes Trans.....	171
3.3.1.1	La vulnérabilité corporelle	172
3.3.1.2	La vulnérabilité sociale	173
3.3.1.3	La vulnérabilité financière.....	175
3.3.2	Reconstruire la dignité de sa personne	176
3.3.2.1	Un appel à la tolérance	177
3.3.2.2	La reconstruction juridique de l'identité de genre	177
3.3.2.2.1	Complexité juridique et respect de la dignité.....	177
3.3.2.2.2	Reconnaissance juridique et expertise médicale	180
4	LE RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE ET RESPECT DE LA DIGNITE HUMAINE	181
4.1	<i>Le libre arbitre face aux normes sociales</i>	181
4.2	<i>Autonomie et devoir</i>	182
5	CONCLUSION DE LA DISCUSSION	185
	CONCLUSION	188
	BIBLIOGRAPHIE	192

GLOSSAIRE

- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- CCNE : Comité consultatif national d'éthique
- CEDH : Cour européenne des droits de l'homme
- CIM : Classification internationale des maladies
- DGS : Direction générale de la santé
- DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders
- FTM : female to male
- GRETIS : Groupe de recherche et d'étude sur les troubles de l'identité sexuelle
- HALDE : Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
- HAS : Haute autorité de santé
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- MTF : male to female
- ORTrans : Objectif respect trans
- PASTT : Prévention action santé travail transgenres
- RESPECTrans : Réseau pour la prise en charge des personnes Trans
- RSA : Revenu de solidarité active
- SoFECT : Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme
- TGI : Tribunal de grande instance
- THC : Traitement hormono-chirurgical
- WPATH : World professional association for transgender health

INTRODUCTION

*« Mon Dieu donnez-moi la sérénité
d'accepter les choses que je ne peux
changer, le courage de changer celles
que je peux, et la sagesse d'en connaître
la différence¹ »*

La question du transsexualisme en France alimente un débat où se mêlent des questions d'ordre médical, social et juridique. Face à un état difficile à définir et à nommer si ce n'est le ressenti de ne pas appartenir au genre de son sexe de naissance, les personnes atteintes par ce trouble expriment une difficulté majeure quant à leur reconnaissance. Cette difficulté d'expression se heurte à des points de vue et des convictions où se mêlent tabous, déontologie, éthique et vision sociale de la personne.

Les critères de diagnostic confirmant le transsexualisme d'une personne restent, en dehors de l'évaluation de la parole de la personne transsexuelle elle-même, flous et difficiles à établir. Selon les époques, l'étiologie de ce trouble évolue d'un déterminisme biologique à un déterminisme psychique selon le regard porté, sans pour autant trouver de solution thérapeutique autre que celle de la transformation du corps de la personne au moyen d'un traitement hormono-chirurgical. Trouver l'origine d'une souffrance afin de mieux la soulager reste un objectif prioritaire de la médecine occidentale. Néanmoins, la recherche des causes se doit de ne pas négliger le devenir des résultats obtenus et les effets qu'elle peut produire sur le respect de la dignité de la personne.

Les techniques médicales permettent, depuis le siècle dernier, de modifier l'aspect physique de la personne pour le rendre le plus conforme possible au genre ressenti. Néanmoins les actes médicaux proposés ne sont pas sans incidence sur le devenir de la personne transsexuelle, et posent depuis plusieurs décennies aux professionnels de santé qui les pratiquent, des questions d'ordre déontologique et éthiques². Une réflexion éthique complexe doit être menée, en particulier par rapport aux protocoles médicaux d'évaluation de la demande d'actes médico-chirurgicaux, afin qu'ils soient réellement au service du patient et

¹ Cette prière attribuée à de nombreux théologiens et philosophes, tel Marc-Aurèle, a été effectivement écrite vers 1932 par le Dr Reinhold Niebuhr (1892-1971), théologien américain, comme conclusion à une prière plus longue. « *Origines de la prière de la sérénité : un court résumé.* » www.aa.org/lang/fr/fr_pdfs/smf-141_fr.pdf, date d'accès : 17/02/2013

² Droit et éthique médicale, *Le transsexualisme : actes de la réunion du 17 juin 1983*, Collection de Médecine légale et de toxicologie médicale, éd. Masson, Paris, 1984

non impactés par des jugements personnels quant à l'apparence physique et à la crédibilité de la personne. Les principes nord-américains d'autonomie, bienfaisance, justice et non malfaisance³ s'ils sont généralement appliqués demandent une réflexion toute particulière quant à la non malfaisance, pour qu'elle ne se teinte pas de paternalisme et nuise au respect du libre arbitre de la personne.

Par ailleurs le regard de la société n'est pas toujours bienveillant ; l'assimilation à un problème d'ordre sexuel est souvent induite par le terme le plus communément employé qui désigne le trouble de l'identité de genre : « transsexuel ». Mais au-delà des questions de tabou liées au sexe, la problématique du transsexualisme pose aussi la question du genre, des genres, dont la définition varie selon les époques et les sociétés. Il est maintenant communément admis que l'identité sexuelle se détermine sur cinq registres; le sexe génétique, le sexe anatomique, le sexe hormonal, le sexe social et le sexe psychologique⁴. Les sexes génétique, anatomique et hormonal déterminent le sexe biologique, mais le genre et le rôle social attribué au genre sont deux éléments qui influent aussi sur l'identité de la personne. Le psychologue John Money distinguera d'ailleurs le sexe psychologique (gender identity) du sexe social (gender role)⁵.

C'est au carrefour de cette distinction que se situent les personnes transsexuelles qui, si elles sont anatomiquement et socialement éduquées comme homme ou femme, peuvent se considérer au plus profond d'elles-mêmes inversement comme femme ou homme.

Problématique

La transformation de l'identité de genre d'une personne ne consiste pas uniquement en une succession d'actes médicaux certifiés par une reconnaissance juridique mentionnant la nouvelle identité de la personne.

Bien que ce parcours de transformation débute par la consultation avec le médecin, chaque étape médicale est assortie de questions quant au devenir de la personne elle-même. L'affirmation de son identité passe par le regard de l'autre, et la façon dont seront prises en compte sa souffrance et les réponses qui y sont apportées.

Ainsi, au regard du parcours médical des personnes transsexuelles en France comment et jusqu'où la dignité de ces personnes est-elle respectée ?

En d'autres termes :

³ BEAUCHAMP T.L. et CHILDRESS J.F., 1994, *Principles of Biomedical Ethics*, 4^{ème} édition, New York, Oxford University Press

⁴ DORTIER Jean-François, « Nos cinq sexes », *Sciences humaines*, mars 2012, n°235, pp. 30-33

⁵ MONEY John, EHRARDT Anke, 1972, *Man and Woman Boys and Girls*, John Hopkins University Press

Dans quelles mesures le respect de la dignité de la personne et de la dignité humaine est-il intégré dans la demande de soins et le parcours médical des personnes transsexuelles en France ?

Hypothèses

La reconnaissance sociétale du transsexualisme a provoqué, encore récemment en France, des réactions conflictuelles entre les acteurs médicaux et juridiques et les associations de personnes transsexuelles⁶.

Une grande partie des personnes transsexuelles effectuent leur parcours de transformation en dehors des équipes hospitalières et vont faire leur opération de réassignation sexuelle à l'étranger, ce qui rend difficile l'évaluation du nombre de personnes transsexuelles. Une étude, réalisée en 2007 par le Pr de Cuypere⁷ en Belgique s'appuyant sur une revue de la littérature internationale et les données des systèmes de soins, montre que les prévalences s'étendent de 1 : 11 900 à 1 : 45 000 pour les personnes transsexuelles homme vers femme et de 1 : 30 400 à 1 : 200 000 pour les personnes transsexuelles femme vers homme⁸. En France, le rapport établi par la HAS en novembre 2009 avance l'approximation d'une prévalence globale de 1 : 10 000 à 1 : 50 000⁹. Ces études citées ne font référence qu'aux personnes qui ont recours au système de soins.

La réalité du terrain semble montrer qu'il existe des difficultés de compréhension entre cette population difficile à évaluer et le monde médical.

Objectifs de la recherche

Dans ce contexte médico-social complexe, notre étude tentera, en premier lieu, de mieux comprendre ce qu'éprouvent les personnes transsexuelles qui demandent une aide médicale dans le but d'obtenir un traitement hormono-chirurgical pour modifier leur apparence physique. Puis nous chercherons à déterminer plus particulièrement dans quelles mesures cette transformation prend en compte le respect de la dignité de la personne et de la dignité humaine.

Nous avons choisi de centrer cette étude sur la parole des patients, par le biais des récits de vie des personnes transsexuelles, recueillis au cours de leur transformation.

⁶ NICOT S., « En finir avec la transphobie », *Le Monde*, édition du 06.07.11

⁷ DE CUYPERE G., VAN HM., MICHEL A., CARAEL B., HEYLENS G., RUBENS R., *et al.* Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry* 2007, 22(3) : 137-41

⁸ IGAS Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes Trans et du transsexualisme, RM2011-197P p.15 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> date d'accès 25/02/2013

⁹ HAS, Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France, novembre 2009, p. 21, www.has-sante.fr, date d'accès 25/02/2013

- Nous analyserons quelles sont leurs attentes, leurs satisfactions et leurs craintes face au monde médical et à leur intégration sociale.
- Ensuite, au cours de la discussion, nous confronterons les réponses obtenues aux protocoles médicaux mis en place en France pour la prise en charge des personnes transsexuelles, ainsi qu'aux questions d'ordre social qui se présentent afin de faire ressortir les possibles conflits éthiques qui se posent, plus particulièrement ceux relatifs au respect de la dignité.
- Enfin nous chercherons à proposer une alternative à la prise en charge médicale actuelle.

PARTIE THÉORIQUE

1 Transsexualisme / transsexualité

Transsexualisme ou transsexualité ? Les deux termes sont employés ; le premier fait référence à une vision sociale du phénomène, le deuxième à un trouble voire à une pathologie. Le vécu des personnes transsexuelles est toujours soumis à ces deux visions, sociale et médicale.

Il ne s'agit pas ici de favoriser l'une ou l'autre de ces approches mais d'en rendre compte.

1.1 Métamorphoses, identités et transsexualité

Le mythe de Tirésias est le plus souvent cité comme la référence la plus ancienne de changement d'identité de genre. Ovide dans ses *Métamorphoses*¹⁰, en donne la version suivante : Tirésias se trouva transformé en femme après avoir empêché l'accouplement de deux serpents ; il resta ainsi pendant sept années au bout desquelles il revit les mêmes serpents s'accoupler, et dit alors : « si quand on vous blesse votre pouvoir est assez grand pour pouvoir changer la nature de votre ennemi, je vais vous frapper une seconde fois ». Ainsi fut fait et Tirésias redevint un homme. Ce mythe donna matière à de nombreuses interprétations dont celle, au XII^e siècle, de Eustathe de Thessalonique qui, dans son commentaire de l'Odyssée, résumant un poème de Sostrate, évoque sept périodes de la vie de Tirésias associées à sept métamorphoses¹¹.

Pour autant cette référence, fréquemment avancée comme le premier cas de « transsexualisme », présente un changement subi et non désiré par la personne.

1.1.1 Modifier son identité de genre, une démarche qui existe depuis l'antiquité.

Souhaiter modifier son identité de genre est une démarche que l'on retrouve décrite dès l'antiquité¹². Lorsqu'elle devint reine pharaon et cinquième souverain de la XVIII^e dynastie, Hatchepsout, fille de Thoutmôsis I^{er}, dont le règne se situe approximativement de 1479 à 1457 av. J.-C., modifia son apparence et quitta robe et couronne de reine pour porter un

¹⁰ OVIDE, *Métamorphoses*, Livre III

¹¹ BALLESTRA-PUECH Sylvie, « L'araignée, le lézard et la belette : versions grecques du mythe d'Arachné », *Rursus* [En ligne], 2 | 2007, mis en ligne le 04 mai 2007, <http://rursus.revues.org/97> date d'accès : 16/12/2012

¹² ATQ, « Aide aux transsexuels et transsexuelles du Québec, Histoire du Transsexualisme », www.atq1980.org/a-propos/histoire-du-transsexualisme, date d'accès : 01/12/2012

pagne court, le némès (bonnet à rayures, coiffure quotidienne du pharaon) et barbe postiche¹³.

En 400 av. J.-C., certains devins, augures, sorciers ou chamans de la peuplade des Scythes, appelés Enariens, étaient censés être impotents et comme tels devaient porter des vêtements féminins et parler d'une voix de femme pour atteindre le contact avec les dieux (cité par Hippocrate).

En 100 après J.-C., les Phrygiens d'Anatolie castraient les hommes qui se sentaient femmes et leur permettaient de jouer le rôle de la femme (projet proposé par l'écrivain satirique Juvénal pour l'intégration de certains citoyens romains).

En 204-207 après J.-C., en Italie l'empereur Elagabal se costume en dame et se fait appeler impératrice, exhibe ses seins et suit la procession des prêtres de Cybèle en simulant la castration. Il introduit le culte solaire syrien et meurt assassiné.

En 1200, en Allemagne, Ulrich Von Lichtenstein se promène en vêtements de femme, porte une fausse natte et se fait appeler la reine "Vènes".

En 1600, en Suède Christine de Suède, élevée en homme, est décrite comme un personnage au comportement masculin « *Elle ne ressembloit en rien à une femme, elle n'en avoit pas même la modestie nécessaire : elle se faisoit servir par des hommes dans les heures les plus particulières ; elle affectoit de paroître homme en toutes ses actions...*¹⁴ ».

En 1736, publication posthume des mémoires de l'Abbé de Choisy (1644-1724), témoignage autobiographique de sa pratique du travestissement¹⁵.

En 1777, le roi Louis XVI condamne Charles de Beaumont, chevalier d'Éon, à porter à vie des vêtements de femmes, pour le fait d'avoir désobéi au roi. En effet, malgré plusieurs avertissements royaux, il continua de porter des vêtements féminins, la dernière fois de retour d'une mission secrète en Angleterre. Ce personnage avait l'habitude de porter des vêtements de femme dans certaines de ses missions secrètes, notamment pour approcher la tsarine Élisabeth à la cour de Russie où, sous une apparence féminine, il devient Lya de Beaumont.

¹³ GUIDEGYPTE.com, *Pharaon ou Reine Hatchepsout*, www.guidegypte.com/pharaons/hatchepsout.php, date d'accès 01/12/2012

¹⁴ MOTTEVILLE de Françoise, *Mémoires, Collection des mémoires relatifs à l'histoire de France*, Paris, Foucault, 1824, t. IV, p. 390-391.

¹⁵ CHOISY de F.-T., *Mémoires pour servir à l'histoire de Louis XIV. Tome I [Texte imprimé] ; précédé des Aventures de l'abbé de Choisy déguisé en femme*, Paleo, Clermont-Ferrand, 2008

Ces exemples de modification du genre montrent combien cette pratique n'est pas récente. Toutefois elles ne font référence qu'à une pratique du travestissement liée à des fins de modifications des pratiques sociales dans des buts de pouvoir. Si ces attitudes « d'emprunt » au genre opposé ont été décriées à leur époque, elles le sont, dans les exemples précédents, en raison d'un manquement aux normes sociales et non au titre d'une quelconque pathologie.

1.1.2 Du constat à l'analyse scientifique : de la théorie à la pratique

Le passage de la constatation de faits comportementaux et de leur éventuelle condamnation, à la pathologisation est initié par le désir de comprendre ces faits. Il s'agit alors d'une démarche scientifique.

Au XIX^e siècle la volonté de savoir cherche à définir et à classer les comportements sexuels, de « dire la vérité sur le sexe » et pose les bases d'une « *scientia sexualis* » ainsi que la décrit Michel Foucault¹⁶, fondée sur « *l'examen de soi-même qui délivre, à travers tant d'impressions fugitives, les certitudes fondamentales de la conscience*¹⁷ ».

Le juriste allemand Karl Heinrich Ulrichs publie en 1864 sous le pseudonyme de Numa Numantius : *Forschungen über das Rätsel der mann männlichen Liebe*, (recherches sur l'énigme de l'amour entre hommes). Dans cet ouvrage il invente le terme d'uranisme pour décrire les homosexuels. Il considère ces personnes comme faisant partie d'un troisième sexe et invente la théorie de l'âme féminine dans un corps masculin et réciproquement.

À la fin du XIX^e naît, en Allemagne et en Angleterre, la première science sexuelle, avec la parution en 1886 de la *Psychopathia sexualis* de Richard von Krafft-Ebing, les *Études de psychologie sexuelle* de Havelock Ellis et les travaux de Magnus Hirschfeld. Cette science est fondée sur des études de cas et donne une typologie scientifique des comportements et des perversions qui n'a plus pour base le péché mais des critères de normalité et d'anormalité¹⁸.

Krafft-Ebing¹⁹, dans son ouvrage *Psychopathia sexualis*, étend son travail de classification des maladies mentales au domaine de la sexualité. La notion de « perversion » fait son apparition dans le Traité de psychiatrie d'Emil Kraepelin. Krafft-Ebing introduit pour la première fois dans la classification des perversions les notions de sadisme, de masochisme et de fétichisme. Il reprend la théorie de la dégénérescence de Bénédict Augustin Morel

¹⁶ FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 2007, p. 71-78

¹⁷ *Ibid.*, p. 80

¹⁸ CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges, *Histoire du corps, 3, Les mutations du regard, le XX^e siècle*, Paris : éd. Seuil, 2006, p. 103

¹⁹ SPRINGER Alfred, *Psychopathia sexualis, livre de Richard von Krafft-Ebing*, Encyclopédie Universalis, www.universalis.fr, date d'accès 02/12/2012

(1809-1873) pour expliquer les déviations de l'instinct sexuel par une constitution névropathique due principalement à l'hérédité.

En tant que médecin légiste il intervient comme expert auprès des tribunaux pour des cas de délinquance sexuelle ; il consacre un chapitre entier de son ouvrage à cette problématique.

Krafft-Ebing était persuadé de la mission morale du médecin, seul à pouvoir « *sauvegarder l'honneur de l'humanité dans le forum de la morale et celui de l'individu face aux juges et à ces concitoyens.* »

Karl Westphal publie en 1869, *Die Konträre sexuellempfindung*, expression traduite par Charcot et Magnan comme : « inversion du sens génital²⁰ ». Cette expression se rapproche de la notion de transsexualisme sans l'isoler pour autant.

Jean Esquirol décrit en 1838 le premier cas de transsexualisme²¹ dans son livre intitulé *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Sa description fut classée dans les monomanies puisque le terme de transsexualisme n'existait pas.

Otto Weininger (1880-1903), philosophe et écrivain, publie en 1903 *Geschlecht und Charakter* (Sexe et caractère)²² ; bien qu'il y développe des théories extrêmement mysogines dans son chapitre : « La femme, ce qu'elle est et ce qu'elle signifie dans l'univers », il affirme que tout être humain est bisexué et bisexuel : « *il n'existe heureusement pas d'individu qui soit tout entier d'un seul sexe* », « *la classification des êtres vivants en mâles et femelles apparaît insuffisante pour rendre compte de la réalité*²³. »

En 1911 Sigmund Freud dans ses « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa », analyse le cas du Président Schreber^{24 25}. Il interprète le délire de ce patient d'être transformé en femme, comme une homosexualité refoulée ; homosexualité considérée, à l'époque de Freud, comme une perversion.

²⁰ CHARCOT Jean-Martin, MAGNAN Victor, *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles*, éd. Frénésie, Paris, 1987

²¹ SESE-LEGER Sylvie, « Transsexualisme », Encyclopédie Universalis, www.universalis.fr

²² WEININGER Otto, 1903 *Geschlecht und Charakter : Eine prinzipielle Untersuchung*, (Sexe et caractère) traduit par RENAUD D., *l'Âge d'Homme*, 1975, réédité par Kontre Kulture, 2012

²³ Les Cahiers de la Transidentité, septembre 2012, p. 7 <http://www.txy.fr/blog/2012/11/20/le-monde-transgenre-sortie-du-premier-numero-des-cahiers-de-la-transidentite/>, date d'accès 02/04/2013

²⁴ FREUD Sigmund, *Cinq psychanalyses*, PUF, Paris, 2006, p. 264-324

²⁵ *Ibid.*, p. 268-270. Daniel-Paul Scheber président de la cour d'appel de Saxe, souffrira de délires et d'hallucinations qui le conduiront à une mise sous tutelle et un séjour dans une clinique spécialisée pour des troubles mentaux. En 1903, il publie ses mémoires *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* (*Mémoires d'un névropathe*). Le Dr Weber, médecin de l'asile où était interné Daniel-Paul Schreber relate, dans son expertise en 1899, le délire de son patient d'être transformé en femme dans un but de rédemption de l'humanité.

1.1.3 Identification et pathologisation du transsexualisme

Au début du XX^e siècle Magnus Hirschfeld fonde l'institut pour la science sexuelle (Institut für Sexualwissenschaft) puis fonde en 1921 avec Havelock Ellis et Auguste Forel la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle, qui se propose, entre autres, de lutter contre la stigmatisation des sexualités marginales.

Dans son ouvrage, *Die Transvestiten*, publié en 1910 il décrit de nombreux cas de « transvestis » en précisant que le transvestisme n'est pas une pratique spécifiquement homosexuelle.

Parallèlement se développe une nouvelle spécialité médicale : l'endocrinologie. Le Dr Eugen Steinach met en évidence le rôle des hormones dans le changement de sexe par des expériences sur des rats et des cobayes.

La première intervention chirurgicale de « réassignation sexuelle » est pratiquée en 1912, selon Magnus Hirschfeld. Il s'agit d'une femme de 21 ans, suivie par un psychiatre, qui aurait obtenu de force une mastectomie²⁶.

En 1921, le Dr Felix Abraham pratique une orchidectomie sur Rudolph Richter devenu « Dora ». En 1930, le Dr Levy-Lentz se charge de la pennectomie et Magnus Hirschfeld réopérera le patient pour lui construire un pseudo-vagin ; il s'agit du premier cas de transsexualisme traité par la chirurgie.

En parallèle, en 1917 à New York, une femme persuade le psychiatre Joshua Gilbert de faire pratiquer sur elle une hystérectomie. Après l'opération, le patient, devenu Allan Hart, réussit à changer d'état civil, se marie deux fois et mourra en 1962 à l'âge de soixante-douze ans, après une vie et une carrière heureuse de médecin et d'écrivain²⁷.

Laura Dillon devenue Michael publie en 1946 *A Study in Ethics and Endocrinology*. Il s'agit du premier texte qui plaide en faveur de la rectification par la médecine de l'« erreur de la nature » attribuée à un désordre endocrinien dans l'hermaphrodisme et le transsexualisme. L'accent est mis sur la liberté de choix²⁸.

Le terme de transsexualisme est utilisé pour la première fois par le psychiatre David O. Cauldwell dans un article qu'il publie en 1949 sous le titre de *Psychopathia transsexualis*²⁹, où il décrit le cas d'une fille souhaitant se masculiniser.

Harry Benjamin, endocrinologue et sexologue américain d'origine allemande, poursuit les travaux de Magnus Hirschfeld et établit une nosographie de la transsexualité. En 1953, il est un des premiers médecins à dire que la psychanalyse et la psychiatrie ne peuvent rien pour

²⁶ CASTEL Pierre-Henri, *Chronologie et bibliographie représentative du transsexualisme et des pathologies de l'identité sexuelle de 1910 à 1998*, <http://pierrehenri.castel.free.fr/chronobiblioTS1.htm>, date d'accès 03/12/2012

²⁷ L'accompagnement des personnes transidentitaires à l'amicale du nid, p. 21, Rapports, accesalemploi.org date d'accès 02/12/2012

²⁸ CASTEL Pierre-Henri, *La métamorphose impensable*, Gallimard, Paris, 2003, p. 474

²⁹ CAULDWELL D.O., (1949) *Psychopathia transsexualis*, *Sexology*, n°16 : 274-280

les personnes transsexuelles et qu'il est préférable de leur apporter une aide en accédant à leurs besoins plutôt que de vouloir les « guérir »³⁰. Dans son ouvrage publié en 1966, *The Transsexual phenomenon*, il définit le transsexualisme comme le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir d'une transformation corporelle. Il reste à ce jour un spécialiste de référence du transsexualisme. Ses protocoles de soins ont fixé un cadre de prise en charge des personnes transsexuelles toujours en vigueur aujourd'hui.

Le cas de Christine Jorgensen aura une couverture médiatique importante. Georges William Jorgensen né en 1926 aux États-Unis, débuta en 1950 un traitement hormono-chirurgical de réassignation sexuelle au Danemark (à l'époque ce type de traitement n'était proposé qu'en Europe). Sous le contrôle de Christian Hamburger, endocrinologue, elle débuta une thérapie de substitution hormonale. Elle subit ensuite différentes interventions chirurgicales. Au cours des premières interventions chirurgicales effectuées par Dahl-Iversen elle subit d'abord une castration (le patient ayant été admis comme homosexuel demandant une castration), avec l'autorisation du ministre de la justice danois. Le psychiatre Georg Stürup procédera à son évaluation et notera la force de conviction de la patiente à demander une chirurgie de réassignation sexuelle. Elle reçut ensuite une forte dose d'hormones qui modifièrent les contours de son corps.

Lorsqu'elle revint aux États-Unis elle devint une célébrité et fit scandale.

Quelques années plus tard, en 1954, lorsque la procédure fut possible aux États-Unis, elle bénéficia d'une vaginoplastie.

Hamburger Sturup et Dahl-Iversen publient dans le *Journal of American Medical Association* un article intitulé : *Transvestism : hormon psychiatric and surgical treatment*³¹ où le cas de Jorgensen est expliqué et qualifié d'éonisme, d'hermaphrodisme psychique et différencié de l'homosexualité qui avait été la raison invoquée initialement pour sa castration.

En France, c'est Jean-Marc Alby en 1956 qui introduit le terme de transsexualisme en faisant sa thèse de médecine sur le thème : *Contribution à l'étude du transsexualisme*³².

À la même époque Lacan reprend le cas du Président Schreber et réfute l'analyse faite par Freud en assimilant le délire de Schreber à une psychose³³.

À la fin des années 1950 George Burou, plasticien français, met au point une technique chirurgicale d'inversion pénienne et opère de nombreux transsexuels à Casablanca, l'intervention étant illégale en France et passible de l'article 316 du code pénal punissant le crime de castration.

³⁰ BENJAMIN Harry, *Transvestism and transsexualism*, International journal of Sexology, n°7, pp. 12-14

³¹ HAMBURGER C., STÜRUP G., DAHL-IVESEN E., *Transvestism : hormonal psychiatric and surgical treatment*, *Journal of the American Medical Association*, 1952, n°5, pp. 391-396

³² ALBY Jean-Marc, 1956, thèse pour le doctorat en médecine : *Contribution à l'étude du transsexualisme*, Faculté de médecine de Paris

³³ LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre III (Les Psychoses)*, éd. Seuil, Paris, 1981

En 1970, un rapport de médecine légale, « *problèmes médico-légaux et déontologiques de l'hermaphrodisme et du transsexualisme* »³⁴ va influencer sur l'attitude du Conseil de l'ordre des médecins et sur celle des magistrats.

En 1979 Pierre Banzet, chirurgien de l'Assistance publique, pratique une réassignation sexuelle sur un patient qui avait fait plusieurs tentatives d'automutilation. À partir de ce moment une équipe pluridisciplinaire se constitue à Paris pour prendre en charge les personnes qui demandent un changement de sexe. Constituée d'un psychiatre, d'un endocrinologue et d'un chirurgien elles examinent la demande des patients et déterminent les cas où l'intervention de réassignation est justifiée. Le conseil de l'ordre préconise la rédaction d'un protocole signé par trois médecins experts : psychiatre, endocrinologue, chirurgien, qui doivent examiner les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement hormono-chirurgical.

La première équipe est constituée par le psychiatre Jacques Breton, l'endocrinologue Jean-Pierre Luthon et le chirurgien Pierre Banzet. Les patients sont examinés selon un protocole sévère d'une durée de 2 ans minimum, afin de déterminer si le traitement hormono-chirurgical de réassignation sexuelle se justifie.

Ce protocole va donner une place importante aux psychiatres et psychologues chargés de l'évaluation de la demande des personnes transsexuelles, et les équipes qui prennent en charge les personnes souhaitant avoir recours à une modification de leur anatomie dans le but de changer leur sexe physique, se constituent autour de la psychiatrie.

Des psychiatres reconnus par leur appartenance à des équipes référentes, évaluent la demande des personnes par le biais d'entretiens visant à définir si elles sont bien transsexuelles en vérifiant, entre autres, l'antériorité du symptôme à l'aide d'entretiens réalisés auprès des membres de la famille, de tests pratiqués par des psychologues dans le but d'écarter toute pathologie associée afin de vérifier que le patient n'est pas délirant³⁵.

Ces protocoles abordés sous l'angle de la psychiatrie sont aussi fortement imprégnés des différents points de vue psychanalytiques. Différents ouvrages émanant de psychiatres et psychanalystes tels que Colette Chiland³⁶, Patricia Mercader³⁷, Henri Frignet³⁸ remettent en cause la solution hormono-chirurgicale comme unique traitement au transsexualisme. Le transsexualisme est alors classé comme trouble psychotique ou état limite.

³⁴ ACCARD Jacques, BRETON Jacques, *et al.*, *Problèmes médico-légaux et déontologiques de l'hermaphrodisme et du transsexualisme*, Médecine légale et dommages corporels, 3(2), 1970, Apr-Jun, pp. 123-159

³⁵ PERETTI Marie-Laure, *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*, éd. L'Harmattan, Paris, 2009, pp. 19-20

³⁶ CHILAND Colette, 1997, *Changer de sexe*, Odile Jacob, Paris

³⁷ MERCADER Patricia, *L'illusion transsexuelle*, éd. L'Harmattan, Paris, 1994

³⁸ FRIGNET Henri, *Le Transsexualisme*, éd. Desclée de Brouwer, Paris, 2000

Les protocoles d'évaluation et le rôle du psychiatre seront décriés par les personnes transsexuelles qui, pour une grande majorité, iront faire pratiquer leur intervention de réassignation sexuelle à l'étranger.

En 2010 la Haute autorité de santé (HAS) publie un rapport qui sera très controversé par les associations de personnes transsexuelles, en recommandant la création de centres de références, selon le modèle déjà existant et proposé par la SoFETC³⁹, association créée en juillet 2010 par les équipes françaises qui prennent en charge les personnes transsexuelles à cette époque. La plupart des usagers et les associations d'auto-support mettent en avant le non-fondé des protocoles d'évaluation de leur demande, et la rigidité de la prise en charge proposée qui ne respectent ni leur dignité ni leur libre arbitre⁴⁰.

Une étude est donc reconduite par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans le but de mieux comprendre les attentes des personnes concernées, usagers et personnel, médical et soignant. Un rapport⁴¹ publié en 2011 préconisera que les centres de référence concernant la prise en charge des personnes transsexuelles se construisent autour de la chirurgie et non de la psychiatrie.

Ainsi, en France, si le transsexualisme reste toujours sous le regard de la psychiatrie, les conditions de prise en charge médicale tendent à s'assouplir. En février 2010, la ministre de la santé Roselyne Bachelot a modifié en partie cette vision en retirant des critères d'admission au remboursement des frais médicaux « les troubles précoces de l'identité de genre » qui relevaient auparavant d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD 23). Ils ont été placés en affection hors liste (ALD 31)⁴² c'est-à-dire qualifiés de maladie rare et non plus de maladie psychiatrique.

À ce jour le GRETIS à Lyon propose un protocole⁴³ de prise en charge qui, s'il s'inspire toujours du protocole mis en place à la fin des années 1970, s'est considérablement assoupli quant à l'évaluation psychiatrique. L'accent est mis sur l'information du patient et le lieu de référence se situe dans le service d'urologie de l'hôpital Henri Gabrielle à Lyon.

Parallèlement se crée le 26 septembre 2010 l'association RESPECTrans⁴⁴, association multidisciplinaire de professionnels médicaux, paramédicaux, juridiques et sociaux. Cette

³⁹ SoFECT (Société française d'études de prise en charge du transsexualisme), Charte de la SoFECT, www.sofect.org, date d'accès : 24/03/2012

⁴⁰ Observatoire des Transidentités, réponse à la SoFECT, <http://www.observatoire-des-transidentites.com>, date d'accès : 09/12/2012

⁴¹ IGAS, Évolution des conditions de prise en charge médicale sociale des personnes Trans et du transsexualisme.

⁴² Code de la Sécurité sociale, [Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1](#)

⁴³ GRETIS (Groupe de recherche et d'étude sur les troubles de l'identité sexuelle), Notice d'information sur le transsexualisme, post.op.trans.voila.net/gretis/g.r.e.t.i.s.htm, date d'accès 09/12/2012

⁴⁴ RESPECTrans (RESeau de Prise en charge des personnes Trans), <http://www.respectrans.fr/>, date d'accès : 09/12/2012

association a pour but de réunir en réseau les praticiens libéraux qui prennent en charge les personnes transsexuelles, dans le but de coordonner les soins et les acteurs de ces soins, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale et sociale des personnes transsexuelles. Cette association s'organise actuellement afin de travailler en collaboration avec les équipes hospitalières.

1.2 Transsexualisme et société

1.2.1 Transsexualisme, sexe et genre

1.2.1.1 De la psychiatrie à la psychanalyse

Si les psychiatres font entrer le transsexualisme dans la catégorie des pathologies mentales, la psychanalyse anglo-saxonne proposera une vision différente : celle du genre. Les travaux du psychiatre Robert Stollers et du psychologue et sexologue John Money vont permettre de différencier le sexe, mâle ou femelle, du genre masculin ou féminin.

En 1968, Stollers, dans son ouvrage intitulé *Sex and Gender* et traduit en français en 1978 sous le titre *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*⁴⁵, identifie trois composantes constitutives de l'identité de genre :

- Les influences biologiques et hormonales ;
- L'assignation du sexe à la naissance ;
- Les influences psychologiques et environnementales.

Les travaux de John Money montreront, malgré une expérience catastrophique et très controversée en la personne de David Reimer⁴⁶, qu'il existe une différence fondamentale entre le genre qui relève du psycho-social et le sexe déterminé biologiquement.

Le genre désigne le vécu identitaire de la personne et se définit comme masculin ou féminin. Cette notion de genre peut ainsi se différencier du sexe biologique ; une personne de sexe biologique mâle peut se sentir plus ou moins masculine ou féminine et une personne de sexe femelle se sentir plus ou moins féminine.

⁴⁵ STOLLER Robert, *Recherches sur l'identité de genre à partir du transsexualisme*, éd. Gallimard, Paris, 1978

⁴⁶ DIAMOND M., SIGMUNDSON H.K., 1997, "Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications", *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 1997, Mar, 151(3) : 298-304

1.2.1.2 La vision sociologique et philosophique

À partir de 1972, l'ouvrage d'Ann Oakley « *Sex, Gender and Society*⁴⁷ » initie le développement des Gender Studies. L'auteure, dans la lignée des travaux de Stollers, explicite la différence sexe/genre et affirme que le sexe renvoie à la distinction entre mâle et femelle, c'est-à-dire le sexe biologique, et que le genre renvoie à la distinction culturelle de rôles sociaux, les attributs psychologiques et les identités des hommes et des femmes. Le premier est un donné invariant, le second est contingent et peut être modifié par l'action politique⁴⁸. Le mouvement féministe cherche à l'époque à faire entendre sa voix, cette distinction entre sexe et genre et l'affirmation du rôle culturel du genre vont leur permettre de dénoncer les inégalités de traitement auquel elles sont soumises par rapport aux hommes, dans de nombreux domaines de la vie sociale.

Simone de Beauvoir, dans *Le Deuxième Sexe*⁴⁹ publié en 1949, avait déjà posé les bases d'une perspective anti-naturaliste du genre. Françoise Héritier, anthropologue, montre comment, dès la préhistoire, les hommes ont monopolisé au détriment des femmes la fabrication des outils et certaines tâches⁵⁰. Elle explique comment : « *Cette ségrégation des domaines d'activité imposée par les hommes au nom d'une force masculine supérieure, destinée en réalité à compenser leur incapacité à enfanter, eut pour conséquence de renvoyer les femmes à des tâches présentées comme mieux adaptées à leur nature spécifique (constitution physique plus faible et maternité censées justifier leur maintien dans des activités de maternage et de petite récolte, par exemple). Indissociable d'une hiérarchisation entre tâches nobles et communes, la division des rôles sociaux masculins et féminins, fidèle au mythe grec d'Hestia et Hermès (la femme à l'intérieur/l'homme à l'extérieur du foyer), conduisit à une « valence différentielle » des sexes universellement établie*⁵¹ ».

Pierre Bourdieu, sociologue, dans son livre *La domination masculine*⁵² avait déjà, en 1998, expliqué en partie ce processus social de répartition et hiérarchisation des tâches.

Judith Butler, philosophe, théoricienne du genre, reformule l'articulation sexe/genre. Elle reconsidère l'opposition sexe et genre liée au modèle nature/culture. Pour elle, le sexe résulte d'une construction autant que le genre. J. Butler revisite le concept de genre. Si elle ne nie pas l'existence de normes sexuelles, elle explique que ces normes ne sont pas immuables. Les règles qui régissent le genre se maintiennent parce que chacun les répète

⁴⁷ OAKLEY Ann, *Sex Gender and Society*, Harper Colophon, New York, 1972

⁴⁸ BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre, REVILLARD Anne, *Introduction aux Gender Studies*, éd. de Boeck, Bruxelles, 2008, p : 17

⁴⁹ DE BEAUVOIR S., *Le deuxième sexe*, 1949, coll. Folio essais, éd. Gallimard, Paris, 2003

⁵⁰ HERITIER Françoise, 2005, *Hommes, femmes : la construction de la différence*, éd. Le Pommier, Paris, 2010, pp. 37-50

⁵¹ GUYONNET Christine, « Sexe et Genre », Encyclopédie Universalis, www.universalis.fr, date d'accès : 09/12/2012

⁵² BOURDIEU Pierre, *La domination masculine*, éd. Seuil, Paris, 1998

et les exécute à sa manière. Dans son ouvrage « *Trouble dans le genre* » elle définit le corps-genre comme performatif c'est-à-dire qu'il se définit par nos actes, gestes et désirs : « *De tels actes, gestes et accomplissements, au sens le plus général sont performatifs, par quoi il faut comprendre que l'essence ou l'identité qu'ils sont censés refléter sont des fabrications, élaborées et soutenues par des signes corporels et d'autres moyens discursifs. Dire que le corps genré est performatif veut dire qu'il n'a pas de statut ontologique indépendamment des différents actes qui constituent sa réalité* »⁵³.

Concernant la question transsexuelle elle proposera, face à l'approche psychiatrique, de « *dédiagnostiquer le genre* »⁵⁴, contre une pathologisation et une stigmatisation d'un état qui pourrait être considéré comme : « *une des nombreuses possibilités humaines : déterminer son propre genre* ».

Au-delà de la question du transsexualisme J. Butler abordera les questions de vulnérabilité face aux normes et la question de la reconnaissance « *qui oscille entre vulnérabilité (fragilité aux normes, précarité politiquement induite et blessabilité d'un sujet en attente d'une vie vivable) et performativité, émergence d'une capacité d'agir pour les sujets du genre humain, laquelle découle le plus souvent des groupes humains eux-mêmes tels qu'ils se structurent pour ex-sister aux frontières des normes, dans leur épaisseur même, mais pas nécessairement hors d'elles* »⁵⁵.

1.2.2 Le rôle des associations d'auto-support

L'évolution de la prise en charge des personnes transsexuelles serait incomplète si la place des associations d'auto-support n'était pas mentionnée. Elles vont premièrement permettre que, dans un climat de tabous et d'interdictions, les personnes transsexuelles puissent se retrouver et exprimer leur ressenti en toute bienveillance. Deuxièmement, les associations vont favoriser la diffusion des informations quant aux différentes prises en charge médico-chirurgicales. Troisièmement, elles vont progressivement s'engager dans une vision politique du transsexualisme. K. Espineira, M-Y Thomas et A. Alessandrin classent leur histoire en quatre grandes tendances⁵⁶.

Premièrement, la naissance de ces associations avec l'« *autonomisation du transsexualisme* » qui se différencie du travestissement et de l'homosexualité.

Deuxièmement, l'« *institutionnalisation* » au moment où se créent les protocoles de prise en charge médicale des personnes transsexuelles à la fin des années 1970 et que le SIDA fait

⁵³ BUTLER Judith, *Trouble dans le genre*, éd. La Découverte, Paris, 2006, p. 259

⁵⁴ BUTLER Judith, *Défaire le genre*, Amsterdam, Paris, 2006, pp. 95

⁵⁵ BELLEBEAU Brigitte, BUTLER Judith, in ESPINEIRA K., THOMAS M-Y., ALESSANDRIN A., *La Transyclopédie*, éd. des Ailes sur un tracteur, Paris, 2012, pp. 181-184

⁵⁶ ESPINEIRA K., THOMAS M-Y., ALESSANDRIN A., *La Transyclopédie*, éd. des Ailes sur un tracteur, Paris, 2012, pp 48-72

son apparition ; les associations seront en lien avec le monde médical, certaines d'entre elles étant même créées par des médecins.

Mais les critiques vis-à-vis des protocoles médicaux proposés, rigidité et non-respect de la personne, qualité de la prise en charge vont provoquer une nouvelle orientation qui fera évoluer la question du transsexualisme du point de vue médical au point de vue politique et social. Plusieurs associations ajouteront des objectifs militants quant à la question du libre choix du genre. Il s'agit donc en troisième lieu d'une « professionnalisation » des associations.

Enfin l'« internationalisation » du mouvement Trans qui, grâce en grande partie au développement d'Internet, permettra aux associations et aux personnes transsexuelles d'obtenir une vaste expertise quant aux différentes prises en charge médicales pratiquées à l'étranger ainsi que sur les possibilités juridiques du changement d'identité. Cette expertise permettra à de nombreuses personnes transsexuelles d'organiser elles-mêmes leur parcours en dehors des protocoles hospitaliers proposés en France.

Les auteurs précisent que « *Ces quatre tendances ne dessinent pas quatre périodes, mais plutôt des éléments distincts de la militance Trans. Cependant loin d'être isolée, cette histoire s'esquisse aussi en parallèle des questions militantes LGBT⁵⁷ et SIDA, concernant notamment le mariage pour tous et la libre disposition de son corps⁵⁸.* »

Toutefois si ces quatre tendances ne sont pas à proprement parler des périodes, elles montrent tout de même l'évolution de la position des personnes transsexuelles par rapport à la prise en charge médico-chirurgicale qui leur est proposée en France. La simple demande de reconnaissance sociale et de prise en charge médicale s'est peu à peu transformée en revendications quant à la légitimité des protocoles médicaux-chirurgicaux et à la qualité des soins proposés en France. L'évolution de cette attitude est à mettre en lien avec l'évolution de la société sur la question du genre.

Actuellement de très nombreuses associations d'auto-support existent ainsi qu'une multitude de forums internet et de blogs. Chaque association dont le but commun est l'accueil des personnes transsexuelles répond à des idéologies différentes quant à certaines revendications notamment en ce qui concerne la chirurgie de réassignation sexuelle et son lien avec la modification de l'identité juridique.

⁵⁷ LGBT, sigle qui désigne collectivement Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenre

⁵⁸ ESPINEIRA K., THOMAS M-Y., ALESSANDRIN A., *La Transyclopédie*, éd. des Ailes sur un tracteur, Paris, 2012, p. 49

1.2.3 Définitions du terme de transsexualisme et évolution des définitions

Les termes de transsexuel ou de transsexualisme que nous avons utilisés jusqu'à présent ne font pas l'unanimité et il est actuellement difficile de trouver une définition univoque.

Le terme de transsexuel défini par Cauldwell et encore fréquemment utilisé est décrié par les personnes qui présentent un trouble de l'identité de genre, parce qu'il fait référence à la sexualité. Ce terme, selon elles, donne une vision négative de leur état et les stigmatise comme ayant des troubles sexuels voire présentant une perversion. La définition donnée par la HAS ne mentionne évidemment pas cela mais on peut aisément comprendre la connotation négative qu'elle produit auprès du grand public.

Le terme de transsexuel est aussi, dans les définitions médicales, différencié du terme transgenre en ce qu'il détermine les personnes qui souhaitent absolument bénéficier d'une chirurgie de réassignation sexuelle par rapport aux transgenres qui préfèrent avoir la liberté de choisir ou non d'aller jusqu'au bout de la transformation hormono-chirurgicale et rester dans un entre-deux qui les satisfait. Néanmoins, un bon nombre de personnes souhaitant obtenir une chirurgie de réassignation sexuelle se définissent comme transgenre parce qu'elles préfèrent supprimer la notion de sexualité. Le terme de transgenre s'oppose alors à celui de « cisgenre » terme introduit par Julia Serrano en 2007. Ce terme, qui définit les femmes dont le genre est en accord avec leur sexe de naissance, pose aussi la question de la légitimité du genre que Serrano formule ainsi : « *Les cissexuels voudront croire que leur genre est plus authentique que le mien. Dans les interactions sociales, la seule différence entre mon genre transsexuel et leur genre cissexuel c'est que ma féminité est souvent caractérisée comme secondaire, illégitime, ou comme une imitation de leur féminité. Et la plus grande différence entre mon histoire en tant que « femme » et la leur, c'est que j'ai eu à me battre pour le droit d'être reconnue comme « femme » alors qu'elles avaient le privilège de simplement pouvoir le prendre pour acquis*⁵⁹ ».

Le terme de dysphorie de genre fait référence à la classification du trouble en maladie psychiatrique telle qu'elle est présentée dans le DSM-5 dont la publication est prévue pour 2013. Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en français « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », classe le désir de modifier son identité de genre dans la catégorie dysphorie liée au genre. Bien que faisant allusion à la psychiatrie, ce terme est plus facilement employé par les personnes concernées.

L'appellation syndrome de Benjamin qui se rapporte aux travaux de Harry Benjamin est aussi employée. Elle semble plus neutre aux intéressés même si elle évoque une pathologie.

⁵⁹ SERRANO Julia, 2007, *Whipping girl a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*, éd. Seal press in *La Transyclopédie*, K.Espineira, M-Y Thomas, A. Alessandrin

Le terme de transidentitaire dérive du terme allemand créé par Heike Boedeker qui proposa *transidentität* parce qu'on parlait de l'identité de la personne en remplacement de *transexualität* évoquant la pratique sexuelle⁶⁰.

Officiellement, plusieurs définitions du terme transsexualisme sont proposées.

Celle de la classification internationale des maladies qui, dans sa dixième version (CIM10), le définit ainsi :

- Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.

Le manuel de diagnostic en santé mentale (DSMIV), dont la cinquième version qui devrait être publiée en 2013, portera quelques modifications :

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

La définition du conseil de l'Europe :

- Syndrome d'une personnalité double, l'une physique l'autre psychique, la personne transsexuelle ayant la conviction profonde d'appartenir à l'autre sexe, ce qui l'entraîne à demander que son corps soit « corrigé » en conséquence⁶¹.

La cour Européenne des droits de l'homme considère que l'on entend par transsexuelles :

- Les personnes qui tout en appartenant physiquement à un sexe ont le sentiment d'appartenir à un autre ; elles essayent souvent d'accéder à une identité plus cohérente et moins équivoque en se soumettant à des soins médicaux et à des interventions chirurgicales afin d'adapter leurs caractères physiques à leur caractère

⁶⁰ ESPINEIRA K., THOMAS M-Y., ALESSANDRIN A., *La Transyclopedie*, éd. des Ailes sur un tracteur, Paris, 2012, p. 40

⁶¹ Recommandation 1117 (1989) de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la condition des transsexuels.

psychique. Les transsexuels ainsi opérés forment un groupe assez bien déterminé et déterminable.

L'utilisation des termes transsexuel et transsexuelle se fait en fonction du genre d'arrivée. Un homme devenant femme, MtF (male to female) sera appelé transsexuelle et une femme devenant homme FtM (female to male) sera nommée transsexuel.

Actuellement le terme « Trans » qui supprime les fins en sexuel, genre ou identitaire, tend à être de plus en plus employé par les personnes transsexuelles pour qui il représente une vision plus globale et moins discriminante de leur état.

C'est entre tous ces termes et ces définitions variables que se situent les personnes transsexuelles. La pluralité des termes employés qui font référence à une vision plus ou moins orientée du transsexualisme et la variabilité des définitions amène à penser que si les termes de névrose ou de perversion ont été abandonnés, une réflexion doit continuer à être menée entre les différents acteurs concernés par le transsexualisme pour tenter de trouver et définir un terme de référence à l'intérieur duquel les personnes Trans pourront se reconnaître sans pour autant être stigmatisées de façon négative.

1.3 Transsexualisme et réglementation juridique

1.3.1 La modification de l'état civil des personnes transsexuelles

Les problèmes rencontrés par la discordance entre un physique contraire au genre, au prénom et au titre de civilité présenté sur tous les papiers nécessaires à l'organisation de la vie sociale sont aisés à imaginer. Pour exemple nous citerons la difficulté d'aller voter muni d'une carte d'identité qui ne vous ressemble en rien ou de voyager avec un passeport qui mentionne un sexe opposé à celui qui peut être visible par les personnes chargées des contrôles aux aéroports. Le respect de l'intimité des personnes transsexuelles est quotidiennement mis à mal et des modifications juridiques s'imposent.

1.3.2 L'état civil de la personne

1.3.2.1 L'acte de naissance

Lors de sa naissance l'enfant est déclaré à l'état civil et conformément à l'article 57 du code civil, l'acte de naissance énoncera : « le jour, l'heure et le lieu de naissance de l'enfant, le sexe de l'enfant, les prénoms qui lui seront donnés, le nom de famille...⁶² ». La mention du sexe est donc obligatoire dans l'acte de naissance et en raison de l'indisponibilité de l'état

⁶² Code civil, Des déclarations de naissance, article 57, <http://www.legifrance.gouv.fr>, date d'accès : 26/12/2012

des personnes, il ne peut être modifié au seul gré de son titulaire⁶³. Ainsi l'apparence et la volonté seules de la personne ne suffisent pas à modifier cet état.

La personne transsexuelle devra donc entamer une procédure judiciaire devant le tribunal de grande instance contre le Procureur de la République.

1.3.2.2 La modification du prénom

La modification du prénom est possible et indépendante de la modification du sexe.

« Le prénom est quant à lui un élément obligatoire de l'identification des personnes. Comme le nom, il est en principe immuable⁶⁴.

Progressivement, eu égard à l'importance du prénom pour l'identification des personnes, il est apparu que certains intérêts particuliers pouvaient présider à un changement de prénom (par exemple, la lutte contre la discrimination).

La seule exigence « d'intérêt légitime » conditionne le changement de prénom. Ainsi, l'article 60 du code civil dispose que toute personne qui justifie d'un intérêt légitime peut demander à changer de prénom. Cette demande s'apprécie par le juge et à la date de la demande.

Le changement de prénom accompagne en général la modification de la mention concernant le sexe. Il peut également être autorisé sans cette modification. Il est alors aussi nécessaire d'entamer une procédure judiciaire. Celle-ci est de la compétence du juge aux affaires familiales et s'appuie sur l'existence d'un intérêt légitime, ce qui dans le cas du transsexualisme paraît évident⁶⁵. »

1.3.3 Transsexualisme et réglementation juridique.

Il n'existe pas de législation particulière en France concernant les personnes transsexuelles, contrairement à d'autres pays européens, comme l'Espagne ou le Royaume Uni. C'est donc au juge que revient la tâche de statuer, au travers de la jurisprudence, du sort de l'état civil des personnes transsexuelles.

Jusqu'en 1979 toute opération de réassignation sexuelle était interdite en France.

En 1956, l'avocat général Lindon réagit vivement à l'éventualité du traitement chirurgical des transsexuels. Dans un exposé sur les « Aspects juridiques du transsexualisme », ce magistrat affirmait qu'un chirurgien qui opérerait un transsexuel serait passible des rigueurs de l'article 316 du code pénal punissant de la réclusion à perpétuité le crime de castration⁶⁶.

⁶³ Code civil, De la rectification des actes d'état civil, article 100, <http://www.legifrance.gouv.fr>, date d'accès : 26/12/2012

⁶⁴ Article 1^{er} de la loi du 6 Fructidor An II : « Aucun citoyen ne pourra porter de nom ni de prénom autres que ceux exprimés dans son acte de naissance. »

⁶⁵ ROYER Sophie, Évolution juridique du transsexualisme, mémoire de Master 2 en droit de la santé, Université Paris 8, 2011, pp. 7-8

⁶⁶ SESÉ-LÉGER Sylvie, encyclopédie Universalis, www.universalis.fr

Néanmoins des changements d'état civil étaient possibles pour les personnes opérées à l'étranger et qui de retour en France demandaient que leur état civil soit corrigé.

Le cas de la célèbre « Coccinelle » marquera à la fois l'expression publique du transsexualisme et un retour à l'ordre des autorités juridiques et médicales ainsi que le raconte Maxime Fœrster⁶⁷.

Coccinelle, artiste de cabaret, née sous le nom de Jacques Dufresnoy en 1931, bénéficie en 1958 d'une intervention de réassignation sexuelle, pratiquée à Casablanca par le docteur Georges Burou. À son retour en France, Coccinelle, qui était déjà célèbre, obtient grâce à une médiatisation très forte autour de son changement de sexe, le changement de son état civil. Elle se marie et pousse la provocation jusqu'à se marier à l'église devant une horde de journalistes. Les réactions négatives ne se font pas attendre. Suite au scandale de ce mariage, la justice bloque les changements d'état civil jusqu'à la fin des années 1970.

En 1982, le sénateur Henri Caillavet dépose une proposition de loi visant à légiférer sur le changement d'état civil des personnes transsexuelles.

Il demande par ailleurs que le corps médical soit autorisé à pratiquer ces « mutilations honorifiques » telles qu'il les nomme, pour permettre à l'individu d'être réhabilité dans son honneur et de retrouver son identité. Il propose aussi que le changement d'état civil puisse se faire dès l'obtention de l'autorisation d'entreprendre un traitement hormono-chirurgical sans attendre l'intervention de réassignation sexuelle.

Fœrster rapporte que la proposition de loi du sénateur Caillavet fit l'objet d'un renvoi devant la Commission des lois, mais le rapporteur n'ayant volontairement pas rapporté le texte, celui-ci ne fut pas débattu dans l'hémicycle et la question du transsexualisme esquivée⁶⁸.

Jusqu'en 1992 la cour de Cassation adopta une position très conservatrice vis-à-vis du changement d'état civil des personnes transsexuelles.

En 1975 elle justifie son refus du changement d'état civil d'une personne qui avait pourtant été réassignée sexuellement, au motif de l'indisponibilité de l'état des personnes⁶⁹.

Dans les années 1980 le motif du refus évolue au profit de la primauté du sexe chromosomique^{70 71}.

⁶⁷ FOERSTER Maxime, *Elle ou Lui ? Une histoire des transsexuels en France*, éd. La Musardine, 2012, Paris pp. 77-97

⁶⁸ *Ibid.*, pp. 157-161

⁶⁹ Cass.civ., 16 décembre 1975, n°73-10615, in Les grandes décisions du droit médical, François Vialla, Lextenso éditions, Paris, 2009, p. 114

⁷⁰ Cass. 1^{ère} civ, 3 mars 1987, n° 84-15691 10615, in Les grandes décisions du droit médical, François Vialla, Lextenso éditions, Paris, 2009, p. 115

⁷¹ Cass. 1^{ère} civ, 7 juin 1988, n° 86-13698 10615, in Les grandes décisions du droit médical, François Vialla, Lextenso éditions, Paris, 2009, p. 116

Vialla note une évolution perceptible dans une décision rendue en 1988 par la Cour de cassation⁷² en ce qu'elle évoque des questionnements d'ordre subjectif quant au changement de sexe, mais sans pour autant l'accorder⁷³.

C'est en 1992 que s'opéra un changement réel.

La Cour européenne des droits de l'homme avait été sollicitée par des personnes transsexuelles à plusieurs reprises afin de se prononcer sur la question du changement d'état civil.

L'attitude bienveillante des juges européens vis-à-vis des États, considérant que le refus de modifier l'état civil des personnes transsexuelles ne contrariait pas la Convention européenne des droits de l'homme, fit un revirement très remarqué.

Le 25 mars 1992, suite à l'affaire « *B.c / France* », la France fut condamnée, pour son refus de modification de l'état civil d'une personne transsexuelle, par la CEDH. Ce qui conduisit la Haute Cour réunie en assemblée plénière le 11 décembre 1992 à affirmer que « *lorsqu'à la suite d'un traitement médico-chirurgical, subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome du transsexualisme ne possède plus 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* ⁷⁴ ». Le respect de la vie privée avait le pas sur l'indisponibilité de l'état des personnes.

Depuis cette condamnation la France reconnaît la demande des personnes transsexuelles à modifier leur état civil.

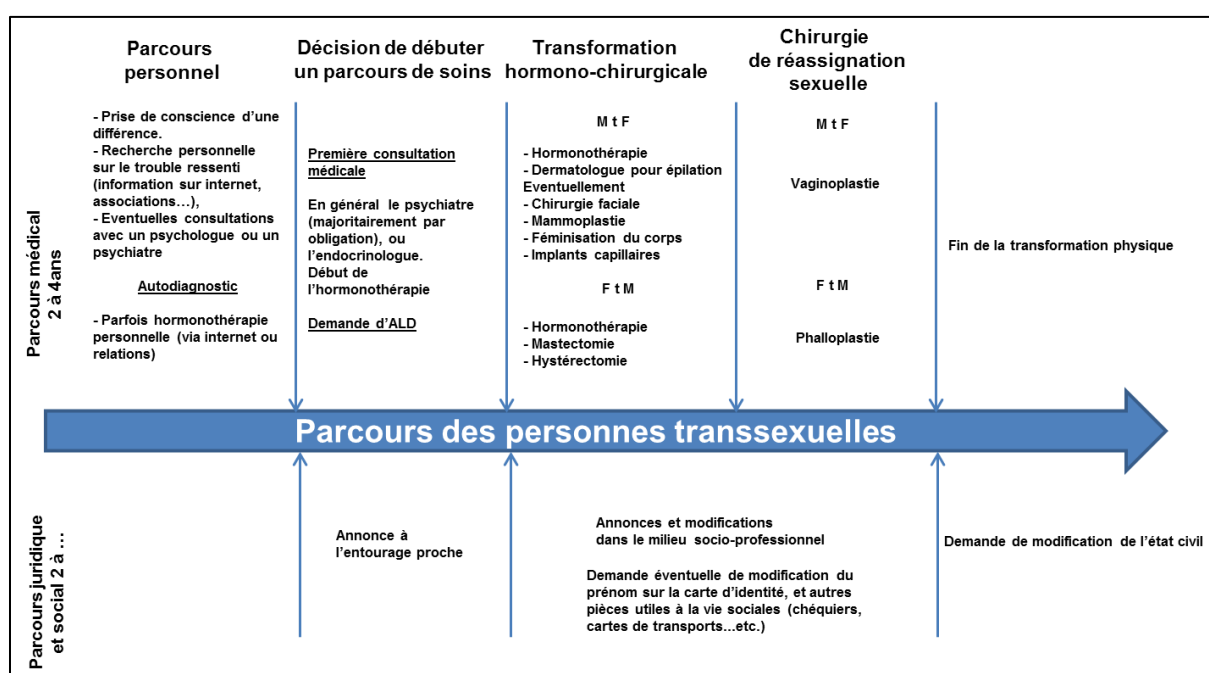
⁷² Cass. 1^{ère} civ, 7 juin 1988, n° 86-13698, 10615, in Les grandes décisions du droit médical, François Vialla, Lextenso éditions, Paris, 2009, p. 116

⁷³ VIALLA François, in Les grandes décisions du droit médical, Lextenso éditions, Paris, 2009, pp. 122-123

⁷⁴ Cass. ass. Plèn., 11 décembre 1992, n° 91-11900 et 91-12373 10615, in Les grandes décisions du droit médical, François Vialla, Lextenso éditions, Paris, 2009, p. 119

1.4 Le parcours de transformation des personnes transsexuelles en France

Lorsqu'elles sont interrogées sur leur parcours de transformation médicale et leur modification d'état civil, bon nombre de personnes transsexuelles utilisent le terme de « parcours du combattant » en référence aux multiples consultations médicales, paramédicales, chirurgicales, ainsi qu'aux difficultés qu'elles rencontrent lors de la modification de leur état civil. Le terme de « parcours » illustre bien la temporalité de la transformation ; en s'engageant dans la voie d'une modification physique et juridique de leur identité, les personnes s'engagent dans un chemin semé d'obstacles qu'elles devront surmonter suivant une chronologie qui, si elle comporte une certaine variabilité suivant chaque personne, pourrait se représenter ainsi :



1.4.1 Parcours médical

1.4.1.1 Les protocoles de référence

Les actes médicaux et chirurgicaux sont nombreux et varient suivant les personnes. Pour autant, la première consultation médicale est une consultation psychiatrique. Cette première démarche, souvent faite par obligation plus que par nécessité de soin, répond à un protocole sur lequel la Sécurité sociale s'appuie, bien qu'il n'ait aucune valeur juridique pour permettre ou non une prise en charge à 100% au titre de l'ALD 31 (Affection longue durée attribuée aux maladies rares)⁷⁵.

L'origine de ce protocole de prise en charge date d'une circulaire ministérielle accompagnée d'une lettre du service médical de l'assurance maladie rédigée en 1989⁷⁶. Elle autorise la chirurgie de réassignation à condition que les patients qui la demandent se soumettent à un protocole d'évaluation et de soins établi à l'époque par l'équipe du professeur Banzet, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis à Paris. Les interventions chirurgicales doivent être pratiquées dans le cadre hospitalier par une équipe hautement spécialisée.

Ce protocole de soins, non publié à l'époque, s'inspirait largement des standards de prise en charge mis en place par l'équipe de Stanford en Californie : «... la Sex Gender Dysphoria Clinic propose une conduite à tenir pour le candidat au Sex Surgery Reassignment (SRS) dont les principales définitions, normes et principes sont, en 1979, les suivants :

- la SRS doit être réservée aux patients souffrant de dysphories de genre, soit :
« l'état psychologique d'une personne qui manifeste son désaccord avec le sexe de son corps et le rôle social assumé par les personnes de son sexe ».
- En raison de son caractère irréversible et lourd de conséquences, un bilan soigneux effectué par des personnes qualifiées dans le domaine des troubles sexuels, psychiatres et psychothérapeutes, doit précéder toute indication.
- Le diagnostic s'effectuera sur la base du DSM-III⁷⁷.
- La confirmation de l'ancienneté des troubles (2 ans au moins) doit être apportée par un tiers.

La SRS sera précédée d'une période d'au moins un an durant laquelle le sujet vivra à plein temps dans le rôle social du sexe génétique opposé.

- Le but de la SRS est d'améliorer la qualité de vie du sujet, et son suivi est le domaine d'étude du psychothérapeute.

⁷⁵ Code de la Sécurité sociale, [Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1](#)

⁷⁶ Sécurité sociale : la circulaire ministérielle de 1989, [syndromedebenjamin.free.fr](#) date d'accès 26/12/2012

⁷⁷ Le DSM, (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), fait entrer le transsexualisme en 1980 dans une catégorie nouvelle intitulée : « troubles psychosexuels ».

- Il est recommandé un suivi psychothérapeutique d'au moins 3 mois avant l'hormonothérapie et 6 mois avant la chirurgie.
- La demande du sujet sera appuyée d'une recommandation écrite de son psychothérapeute assortie d'une déclaration d'un autre confrère⁷⁸.»

La publication d'un protocole est faite en 2001 par les docteurs Cordier, Chilland et Gallarda⁷⁹, tous trois psychiatres.

Ce protocole se découpe ainsi :

- Une évaluation psychiatrique ;
- Une aide médico-sociale qui comprend :
 - o la demande d'ALD,
 - o un « real-life » test⁸⁰,
 - o un bilan psychologique,
 - o un bilan endocrinologique,
 - o un bilan chirurgical,
 - o une réunion collégiale fonctionnant comme une « commission » qui décidera si le candidat peut bénéficier ou non d'un traitement hormono-chirurgical.

Ce protocole précise que si la décision d'entreprendre un THC est prise par la commission celle-ci délivrera au patient un certificat attestant le diagnostic et l'indication thérapeutique. Le certificat cosigné par l'endocrinologue, le psychiatre et le chirurgien, permettra d'obtenir la prise en charge par la Sécurité sociale de la chirurgie de réassignation.

Il est intéressant de noter que ce protocole fait majoritairement référence au processus de décision et peu à l'organisation des soins si ce n'est la description sommaire des actes de chirurgie de réassignation sexuelle. Par ailleurs, il est rédigé par trois psychiatres, ce qui à l'époque pouvait sembler logique compte tenu des CIM et DSM classant le transsexualisme comme maladie psychiatrique. L'évaluation psychologique pouvant être répétée pendant la durée minimale de deux ans nécessaires à la prise de décision de la commission.

1.4.1.2 La réalité du terrain

La lourdeur et la rigidité de ces protocoles ont amené progressivement des personnes transsexuelles à s'en éloigner et à organiser elles-mêmes leur parcours hors des équipes hospitalières. Les personnes qui peuvent financer leur intervention chirurgicale vont à l'étranger principalement en Belgique, au Canada ou en Thaïlande.

⁷⁸ THIAM A., MOUTEL G., La question du transsexualisme, Études et synthèses 2001, www.ethique.inserm.fr date d'accès : 26/12/2012

⁷⁹ CORDIER B., CHILLAND C., GALLARDA T., « Le transsexualisme proposition d'un protocole malgré quelques divergences », *Annales Médico-psychologiques*, 2001, Vol 159, n°3, pp. 190-195

⁸⁰ Le real-life test, ou test en vie réelle, consiste à vivre dans le genre désiré avant d'entreprendre tout acte médico-chirurgical. Les personnes transsexuelles sont donc invitées à se travestir et à utiliser les codes sociaux relatifs au genre désiré.

Dans son ouvrage « La Transyclopédie ⁸¹ » A. Alessandrin compare les chiffres des chirurgies de réassignation sexuelle faites en France et donnés par la SoFECT à ceux des prises en charges faites à l'étranger en se basant sur le rapport de l'IGAS. Il en ressort que pour les années 2009-2010 il y a eu en France 154 interventions chirurgicales de réassignation sexuelle pour 210 faites à l'étranger dans trois pays, Belgique, Canada et Thaïlande.

Les principaux reproches faits au protocole français par les patients, que l'on trouve énumérés dans le rapport de L'IGAS⁸² sont :

- L'évaluation du transsexualisme faite par les psychiatres qui conditionne toute la prise en charge hormono-chirurgicale. Les personnes transsexuelles souhaitent une « dépsychiatisation » du transsexualisme sans pour autant nier l'intérêt d'un soutien psychologique.
- L'impossibilité de choisir librement son praticien et par là de ne pas être responsable de son parcours.
- Un consentement éclairé soumis à la décision de la « commission ».
- La longueur des délais entre la première consultation et la chirurgie de réassignation.
- Le manque de qualification des chirurgiens français.

Ainsi lorsque les personnes le peuvent, parce qu'elles en ont les moyens financiers et qu'elles ont accès à suffisamment d'informations, elles organisent leur propre parcours.

Elles consultent des praticiens libéraux, psychiatres, endocrinologues, dermatologues, orthophonistes, chirurgiens plasticiens ; puis, lorsqu'elles décident de bénéficier d'une chirurgie de réassignation sexuelle, elles s'adressent à des équipes chirurgicales opérant à l'étranger.

Toutefois il faut noter que dans ce parcours parallèle les endocrinologues et les chirurgiens demandent un certificat du psychiatre qui, s'il n'affirme pas expressément un diagnostic de transsexualisme, stipule que la personne ne souffre d'aucun trouble psychiatrique qui pourrait être assimilé à un comportement transsexuel. Ce certificat est demandé aussi par toutes les équipes de chirurgie à l'étranger.

En ce qui concerne la prise en charge des actes médicaux, la demande d'ALD est faite, comme pour tout un chacun, par le médecin traitant et soumise au médecin conseil du centre de sécurité sociale dont dépend la personne. Elle comprend l'hormonothérapie, l'évaluation psychiatrique et psychologique, la chirurgie de réassignation sexuelle,

⁸¹ ESPINEIRA K., THOMAS M-Y., ALESSANDRIN A., *La Transyclopédie*, éd. des Ailes sur un tracteur, Paris, 2012

⁸² IGAS, Évaluation des conditions de prises en charge médicale et sociale des personnes Trans et du transsexualisme, RM2011-197P, pp. 23-26, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>, date d'accès : 26/12/2012

l'orthophonie et selon le sens de la transformation, l'épilation du visage, la mammoplastie, la mastectomie et l'hystérectomie.

Pour pouvoir bénéficier d'une ALD, donc d'une prise en charge à 100% des frais médicaux, il est nécessaire d'établir un diagnostic ou un protocole thérapeutique. Depuis le décret n°2010-125 du 8 février 2010 les personnes transsexuelles bénéficient de l'ALD 31 dite « hors liste » qui concerne les affections graves pour lesquelles la durée des soins est d'au moins six mois (jusqu'en 2009 elles bénéficiaient de l'ALD 29 relative aux affections psychiatriques de longue durée).

Lorsque la demande est faite par le biais des équipes hospitalières, la Sécurité sociale accepte toujours la demande.

Les chirurgies de féminisation faciale et de remodelage du corps (l'affinement de la taille ou l'augmentation des hanches par exemple) ne sont pas prises en charge car assimilées à de la chirurgie esthétique.

Si l'épilation du visage est toujours prise en charge, celle du torse, des bras et des jambes ne l'est pas souvent ; les « MtF » ayant une pilosité très abondante qui ne diminue pas suffisamment avec l'hormonothérapie sont alors obligés de financer eux-mêmes une partie de leur épilation.

Lorsque la personne est hors parcours hospitalier, des différences apparaissent suivant le centre de sécurité sociale dont elle dépend. Certains centres acceptent la demande pour tous les actes comme pour une personne suivant le protocole hospitalier.

La chirurgie de réassignation sexuelle peut être prise en charge par la Sécurité sociale lorsqu'elle est pratiquée dans les pays de la communauté européenne, après entente préalable, comme c'est le cas en Belgique.

Le remboursement de l'hormonothérapie a parfois été refusé par le médecin conseil avec pour argument que le délai de deux ans minimum de suivi psychiatrique avant n'avait pas été respecté.

Par ailleurs la prise en charge en ALD n'inclut pas les dépassements d'honoraires ce qui peut être le cas des actes pratiqués par un médecin exerçant en secteur libéral.

Actuellement il semble que les différences entre « parcours organisé individuellement » et « parcours hospitalier » tendent à se réduire et que des équipes hospitalières telles que le GRETIS à Lyon n'appliquent pas de façon aussi rigide qu'elles l'énoncent le protocole de référence.

Après l'intervention de réassignation sexuelle le suivi médico-psychologique doit s'organiser.

Le suivi psychologique pour les personnes qui en éprouvent le besoin est parfois proposé. L'impact de l'hormonothérapie à long terme est aussi étudié⁸³, afin d'évaluer les risques éventuels qu'elle présente. Par contre nous n'avons trouvé à ce jour aucun protocole qui détaille la prise en charge post chirurgicale, notamment les consultations gynécologiques qui doivent se mettre en place chez les personnes MtF voire éventuellement une rééducation périnéale, ainsi que les conseils sur le devenir des cicatrices de mastectomie et celles liées à la phalloplastie chez les personnes FtM.

L'intervention de réassignation sexuelle ne signe pas la fin du parcours de modification de l'identité des personnes transsexuelles.

La fin de ce parcours est signée par la modification de l'état civil dans le sexe désiré, ce qui permettra à la personne de modifier son numéro de sécurité sociale et autres pièces légales, comme les diplômes qu'elle a pu obtenir ou son nom sur sa feuille d'impôts.

1.4.2 L'encadrement juridique du traitement médical

Il n'existe aucune loi encadrant le traitement médico-chirurgical des personnes transsexuelles d'autant que les lois de bioéthique ont jusqu'à présent exclu de leurs débats la question du transsexualisme.

La chirurgie mutilante relative au transsexualisme doit donc se justifier par un impératif thérapeutique conformément à l'article 16-3 du Code Civil. Le diagnostic médical de transsexualisme reste donc nécessaire pour le moment, pour entreprendre la modification de son état civil ; ce diagnostic est toujours conditionné par un suivi psychiatrique. La sortie par la sécurité sociale du transsexualisme des maladies psychiatriques contribuera peut-être dans l'avenir à une reconsidération de ce trouble. La position médicale adoptée pourrait alors avoir des répercussions sur l'aspect juridique du transsexualisme.

1.4.3 Les démarches juridiques du changement du sexe et du prénom

Aujourd'hui la France n'a pas légiféré sur le changement de sexe et de prénom des personnes transsexuelles ; elles doivent entreprendre une procédure judiciaire devant le tribunal de grande instance contre le Procureur de la République car il contrôle la tenue des registres de l'état civil.

Plusieurs conditions sont alors demandées pour obtenir la modification de sexe à l'état civil :

- La réalisation d'une expertise judiciaire faite par trois médecins, endocrinologue, chirurgien et psychiatre.
- La réalisation de la chirurgie de réassignation sexuelle

⁸³ BERGOGLIO M.T., GÓMEZ-BALAGUER M., *et al.*, *Symptomatic meningioma induced by cross-sex hormone treatment in a male-to-female transsexual*, [Endocrinol Nutr.](#), 2012, Sep 26. pii: S1575-0922(12)00233-1

- L'apparence et le comportement social conforme au sexe demandé.

L'apparence et le comportement social conforme au sexe demandé ne posent, en général, aucune difficulté à la personne transsexuelle.

Par contre l'expertise médicale est souvent vécue comme humiliante par les personnes concernées qui estiment que les certificats qu'elles fournissent, provenant déjà des médecins spécialistes qui les suivent et du chirurgien qui les a opérées, devraient être suffisants.

La question de la nécessité d'une intervention chirurgicale fait aussi débat parmi les personnes transsexuelles au motif qu'il s'agit d'une stérilisation forcée. Certaines souhaiteraient que le changement de sexe sur l'état civil ne soit pas conditionné à l'intervention de réassignation.

Ces deux revendications ont été entendues et, pour montrer sa volonté d'assouplissement, le ministère de la justice, par le biais d'une circulaire émise le 14 mai 2010⁸⁴, a demandé au ministère public de donner une suite favorable aux personnes transsexuelles qui faisaient une demande de changement d'état civil, sans exiger pour autant une chirurgie de réassignation ni une triple expertise médicale. Seules devaient être démontrées l'irréversibilité des effets du traitement hormonal et la réalité du transsexualisme.

Néanmoins deux arrêts rendus le 7 juin 2012⁸⁵ montrent que la Cour de cassation n'a pas modifié sa position quant aux expertises et à la chirurgie de réassignation.

À ce jour il est encore demandé aux personnes transsexuelles qui sont mariées de divorcer de leur conjoint pour obtenir un changement de leur état civil. La question du mariage homosexuel étant actuellement en débat, il leur sera sans doute possible dans un avenir proche, pour celles qui le désirent, de ne plus être obligées de divorcer.

Seule l'Argentine considère que le changement de sexe sur l'état civil est déclaratif.

⁸⁴ Circulaire de la DACS n° CIV/07/10 du 14 mai 2010 relative aux demandes de changement de sexe à l'état civil, <http://www.textes.justice.gouv.fr>, date d'accès : 26/12/2012

⁸⁵ Cour de cassation, 7 juin 2012, n° 10-26947 et n° 11-22490

2 La personne transsexuelle et le respect de la dignité

La question des origines du transsexualisme est loin d'être déterminée.

Les discussions perdurent entre les partisans de la démarche chirurgicale, les psychiatres et les psychanalystes pour qui le transsexualisme relève d'un trouble mental et certains philosophes et sociologues, à l'instar de Judith Butler, qui estiment que le changement d'identité de genre pourrait relever d'un choix personnel.

Progressivement la piste génétique se développe et des recherches sont entamées afin de déterminer s'il existerait un marqueur génétique prédisposant au transsexualisme⁸⁶.

Cette nouvelle piste de recherche montre toute l'importance d'une réflexion éthique autour du transsexualisme, tout particulièrement en ce qui concerne le respect de la dignité de la personne.

2.1 Le concept de dignité

Le dictionnaire Larousse définit ainsi la dignité : « Respect dû à une personne, à une chose ou à soi-même. Retenue, gravité dans les manières. Fonction éminente, distinction honorifique ».

Contraire : avilissement.

Le terme de dignité est polysémique et différentes conceptions se présentent.

2.1.1 Les différentes conceptions de la dignité

2.1.1.1 La conception religieuse

La dignité de l'Homme lui vient de manière primordiale de par sa création. Il est conçu à l'image de Dieu ; cette dignité ne touche pas une partie de l'Homme, c'est tout l'Homme qui porte cette image et qui jouit de cette dignité qui vient de Dieu lui-même.

- Pour les chrétiens, ainsi que le dit la Bible : « *Dieu créa l'homme à son image, il le créa à l'image de Dieu, il créa l'homme et la femme*⁸⁷. »

Saint Thomas d'Aquin : « *Il était nécessaire pour le genre humain que Dieu se fasse homme afin de montrer la nature de la dignité humaine.* »

L'homme en se découvrant aimé de Dieu comprend sa dignité transcendante, il apprend à ne pas se contenter de soi et à rencontrer l'autre dans un tissu de relations toujours plus authentiquement humaines. « *Des hommes rendus nouveaux grâce à l'amour de Dieu sont en mesure de changer les règles et la qualité des relations, ainsi que les structures sociales : ce sont des personnes capables d'apporter la paix là où sont les conflits, de construire et de*

⁸⁶ COOLIDGE F. L. , THEDE L. L., YOUNG S. E. , The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet* **32**, 251 (Jul, 2002).

⁸⁷ La Bible, Ancien testament, Le Pentateuque – Genèse 1

cultiver des rapports fraternels là où se trouve la haine, de chercher la justice là où domine l'exploitation de l'homme par l'homme. Seul l'amour est capable de transformer de façon radicale les rapports que les êtres humains entretiennent entre eux. Inséré dans cette perspective, tout homme de bonne volonté peut entrevoir les vastes horizons de la justice et du développement humain dans la vérité et dans le bien⁸⁸.»

- Le Coran fait référence à la dignité appelée Karama : « *essence attribuée à l'homme par dieu dans son projet de création. C'est un don de dieu : une valeur absolue de l'homme concomitante à sa création⁸⁹.* »

2.1.1.2 La conception philosophique et humaniste.

La philosophie antique définit le concept de dignité comme dépendante des actes de la personne. C'est une construction personnelle. Pour Aristote c'est l'intelligence qui fonde la dignité humaine, c'est par la conscience que l'homme a de ses actes qu'il accède à la dignité. Pour lui le vice et la vertu dépendent de nous⁹⁰ : « c'est en exécutant des actes justes que nous devenons justes⁹¹ ». Pour Socrate c'est le « Gnôthi Seauton » : connais-toi toi-même. Socrate l'interprète en demandant à l'homme de prendre conscience de sa propre mesure sans tenter de rivaliser avec les dieux. Il doit découvrir en lui ce qu'il y a de beau, ce qu'il y a de bon.

Pic de la Mirandole (1463-1494) dans son *Discours sur la dignité de l'homme* (1496) présente aussi la dignité comme une auto construction : « *Toi, qui n'es enfermé dans aucun chemin étroit, tu te définiras ta nature en fonction de ton bon vouloir, en les mains duquel je t'ai placé. Je t'ai mis au milieu du monde, afin que de là tu regardes plus commodément autour de toi tout ce qui est dans le monde. Je ne t'ai fait ni céleste ni terrestre, ni mortel ni immortel, afin que, comme si tu étais ton propre juge et digne de te juger, peintre et sculpteur, tu façannes toi-même ta forme. Tu pourras dégénérer vers les choses brutes du bas, tu pourras renaître vers les choses divines du haut, par le jugement de ton esprit⁹².* »

Emmanuel Kant (1724-1804) expose clairement le concept de dignité humaine. Il le présente comme un impératif catégorique qu'il discernait à l'intérieur de l'être rationnel. Il le formule en ces termes : *"Agis de sorte à traiter l'humanité, que ce soit dans ta propre personne ou dans celle d'une autre, toujours comme une fin, et jamais seulement comme un moyen"*. Il s'agit là d'un commandement, un idéal à atteindre. L'homme est ainsi désigné comme une fin et non comme un moyen.

⁸⁸ Conseil Pontifical « Justice et Paix », Compendium de la doctrine sociale de l'église, <http://www.vatican.va>

⁸⁹ BOUBAKEUR Dalil, *Quels fondements à la dignité de l'homme*, septembre 1999, <http://www.mosquee-de-paris.org/Conf/Monde/III0116.pdf>, date d'accès : 17/02/2013

⁹⁰ ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, III, 3

⁹¹ *Ibid.*, II, 3

⁹² PIC DE LA MIRANDOLE, 1486, *De la dignité de l'homme*, trad. HERSANT Y., éd. de l'Éclat, Paris, 2008

2.1.1.3 La conception juridique : de la dignité de la personne à la dignité humaine.

En 1789 la déclaration des droits de l'homme et du citoyen emploie déjà le terme de « dignité » dans son article VI. Celui-ci est relatif à la dignité personnelle, comme marque d'honorabilité, l'article mentionnant l'égalité des citoyens devant l'attribution de toutes les dignités, « *selon leur capacité et sans autre distinction que celle de leur vertu et de leur talent* »⁹³.

Le concept de dignité lié à la personne va prendre une dimension nouvelle avec le procès de Nuremberg où la découverte des atrocités commises par l'Allemagne nazie amènera à la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1948. Le terme de dignité apparaît dès le préambule :

*« Considérant que la reconnaissance de la **dignité** inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.*

Considérant que la méconnaissance et le mépris des droits de l'homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité et que l'avènement d'un monde où les êtres humains seront libres de parler et de croire, libérés de la terreur et de la misère, a été proclamé comme la plus haute aspiration de l'homme.

*Considérant qu'il est essentiel que les droits de l'homme soient protégés par un régime de droit pour que l'homme ne soit pas contraint, en suprême recours, à la révolte contre la tyrannie et l'oppression*⁹⁴.

Guillaume Bernard explique, dans « *L'évolution de la dignité en droit* »⁹⁵, ce passage de la dignité de la personne au concept de dignité humaine et les conséquences qui en découlent. La dignité de l'homme, liée auparavant à ses actes et à ses mérites, passe d'une conception dynamique à une conception statique. Du domaine de l'acte la dignité passe au domaine de l'être. Alors que la dignité était différente pour chaque personne, la dignité moderne est la même pour tous les hommes.

Le christianisme avait déjà introduit l'idée que, malgré les droits attribués à chacun, les hommes sont de la même espèce et que Dieu les ayant conçus à son image la dignité était un droit naturel.

⁹³ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 1789, <http://www.conseil-constitutionnel.fr>, date d'accès : 29/12/2012

⁹⁴ Déclaration universelle des droits de l'homme, <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>

⁹⁵ HERVE C., JEAN M.S., MOLINARI P.A., GRIMAUD M-A., LAFORET E., *Généticisation et responsabilités*, Dalloz, Paris, 2008, pp. 9-19

À partir de la déclaration universelle des droits de l'homme (1948) la vision morale de la dignité (relation des hommes entre eux médiatisée par le divin) passe dans le domaine du droit (relation des personnes entre elles dans le cadre de la société).

Le premier chapitre de la charte européenne des droits de l'homme réfère à la dignité, et stipule dans son article 1 que : « *La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée*⁹⁶. »

En 1994, en France, le Conseil constitutionnel, au sujet de la loi de bioéthique confère à la dignité le « principe à valeur constitutionnelle » ; la dignité est considérée comme partie intégrante des droits de la personne humaine, qui sont inaliénables⁹⁷.

En 1995, le Conseil d'État, par l'arrêt rendu relatif au « lancer de nain⁹⁸ », considère que le respect de la dignité humaine doit être regardé en tant que composante de l'ordre public⁹⁹.

En 2002, le Comité des droits de l'homme des Nations unies décide que cet arrêt n'est pas discriminatoire ni abusif mais nécessaire afin de protéger l'ordre public : « *Ainsi, la distinction entre les personnes visées par l'interdiction, à savoir les nains, et celles auxquelles elle ne s'applique pas, à savoir les personnes qui ne sont pas atteintes de nanisme, est fondée sur une raison objective et n'a pas d'objet discriminatoire. Le Comité considère que l'État partie a démontré, en l'espèce, que l'interdiction du lancer de nains tel que pratiqué par le requérant ne constituait pas une mesure abusive mais était nécessaire afin de protéger l'ordre public, celui-ci faisant notamment intervenir des considérations de dignité humaine qui sont compatibles avec les objectifs du Pacte. En conséquence, le Comité conclut que la distinction entre le requérant et les personnes auxquelles l'interdiction prononcée par l'État partie ne s'applique pas reposait sur des motifs objectifs et raisonnables*¹⁰⁰. »

À la notion de dignité de la personne s'ajoute celle de la dignité humaine soumise à la loi. Entre dignité de la personne et dignité humaine le respect de la dignité devient paradoxal, le deuxième pouvant restreindre les principes du premier.

⁹⁶ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, Journal officiel des Communautés européennes, 18/12/2000, <http://www.europarl.europa.eu>, date d'accès : 30/12/2012

⁹⁷ Conseil constitutionnel, Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, <http://www.conseil-constitutionnel.fr>, date d'accès : 30/12/2012

⁹⁸ Le lancer de nain est une attraction qui consiste à lancer un nain (muni de protections) le plus loin possible sur un matelas. Cette attraction est généralement pratiquée dans certains bars ou discothèques.

⁹⁹ Conseil d'État, arrêt 27 octobre 1995, commune de Morsang-sur-Orge, <http://www.conseil-etat.fr>, date d'accès : 30/12/2012

¹⁰⁰ CCPR, Comité des droits de l'homme, Communication n° 854/1999, 26/12/2002, <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/CCPR.C.75.D.854.1999.Fr?Opendocument> date d'accès : 30/12/2012

2.1.1.4 La conception médicale de la dignité

2.1.1.4.1 Le serment d'Hippocrate

Le respect de la dignité de la personne s'inclut naturellement dans le serment d'Hippocrate traditionnellement prononcé par le médecin avant de commencer à exercer. Il fixe un cadre éthique à la pratique médicale et fait mention des valeurs propres à la dignité tel le respect de l'intimité des personnes (secret médical), le respect de leur autonomie et de leur volonté, ainsi que le respect de leur vulnérabilité.

2.1.1.4.2 Les lois de bioéthique

Les lois de bioéthique qui encadrent la pratique médicale intègrent les principes généraux de protection de la personne humaine dont le respect de sa dignité.

La loi du 29 Juillet 1994 relative au respect du corps humain¹⁰¹ fait directement référence à l'article 16 du code civil : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ».

Les lois de bioéthique de 1994 recouvraient les principes généraux de protection de la personne humaine, l'encadrement des activités médicales qui se développaient, comme la procréation médicale assistée, les greffes et dons d'organes, et la protection des personnes se prêtant à la recherche médicale.

La révision des lois de 1994 est intervenue par la loi du 6 août 2004¹⁰² relative à la bioéthique. Compte tenu des avancées dans le domaine de la recherche médicale elle donne, entre autres, un cadre à la recherche en génétique dans son article 5.

La loi du 7 juillet 2011 est l'aboutissement de la loi de 2004 et sera l'objet d'un nouvel examen dans un délai de 7 ans maximum après son entrée en vigueur.

2.1.1.4.3 Le consentement éclairé et les droits du patient

Le consentement éclairé fait appel au respect du libre arbitre de la personne dans le refus ou l'acceptation des soins qui lui sont proposés. La loi Huriot-Sérusclat de 1988¹⁰³ relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales précise les termes du consentement qui doit être libre et éclairé. C'est-à-dire que la personne bénéficie du droit

¹⁰¹ Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, <http://www.legifrance.gouv.fr>, date d'accès : 30/12/2012

¹⁰² Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, <http://www.legifrance.gouv.fr>, date d'accès : 30/12/2012

¹⁰³ Code de la Santé publique, [Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988](#), Article L209-9

à l'information la plus complète possible et qu'elle doit, par un acte écrit, signifier son accord à la recherche biomédicale à laquelle elle participe.

La loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner »¹⁰⁴, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, entérine l'aspect incontournable du respect de la dignité des patients, en rappelant dans son titre II *Démocratie sanitaire*, le respect à la dignité de toute personne malade.

2.2 Le transsexualisme face aux éléments fondamentaux de la dignité

*« Respecter quelqu'un, respecter son histoire
c'est considérer qu'il appartient à la même
humanité, et non à une humanité différente, une
humanité au rabais¹⁰⁵. »*

Amin MAALOUF

Vivre sa transsexualité le mieux possible dépend de multiples facteurs médicaux, juridiques, sociaux et personnels. Ce « bien vivre » ne peut se concevoir que par la reconnaissance de la personne elle-même, au-delà des connaissances techniques accumulées jusqu'à aujourd'hui, d'autant que ces connaissances sont loin d'être suffisantes et que bien des questions se posent encore.

Reconnaître la personne transsexuelle dans son être même, passe par le respect de sa dignité qui lui permettra d'affirmer son identité, celle qu'elle a choisi d'affirmer aux yeux des autres.

2.2.1 Le respect de la vulnérabilité

Les personnes transsexuelles représentent une partie de la population particulièrement vulnérable en raison du contexte de leur demande.

Premièrement, parce que le fait d'affirmer appartenir au genre opposé à leur sexe biologique et de demander un traitement médico-chirurgical visant à modifier de façon irréversible leur anatomie les expose à différents jugements d'ordre moral et déontologique.

Deuxièmement, les actes médico-chirurgicaux auxquels elles vont se soumettre pour modifier leur apparence physique les placent d'emblée dans un état de vulnérabilité physique, face aux médecins, face aux traitements.

¹⁰⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé <http://www.legifrance.gouv.fr> date d'accès 30/12/2012

¹⁰⁵ MAALOUF A., *Les identités meurtrières*, Le livre de poche, éd. Grasset & Fasquelle, 1998, p. 124

Troisièmement, en affirmant sa transsexualité la personne sort de la vision binaire homme/femme et du concept normatif qui associe automatiquement le genre au sexe de naissance. Face à un comportement aux limites des normes, mais souvent appréhendé comme hors normes, la société n'a pas toujours les moyens de répondre immédiatement aux besoins des personnes transsexuelles. Celles-ci se retrouvent confrontées régulièrement à des difficultés administratives et professionnelles.

2.2.2 Le respect de l'altérité

Être transsexuel signifie appartenir à une minorité différente qui bouscule les représentations classiques du masculin et du féminin. C'est, par conséquent, se trouver confronté aux jugements et aux convictions d'autrui ; mais c'est aussi en retour savoir entendre ces jugements et comprendre les peurs ou les croyances qui les composent et, si ce n'est les accepter, tout du moins les respecter.

2.2.3 La liberté de choix

Choix ou nécessité d'entamer un parcours médico-juridique pour modifier son identité de genre ?

Le respect du libre arbitre des personnes transsexuelles se heurte à la conception normative du respect de la dignité humaine. Comment respecter au mieux le libre arbitre de la personne qui souhaite modifier de façon définitive son corps en demandant des mutilations irréversibles sans pour autant attenter à la dignité humaine ? Être transsexuel c'est composer entre sa dignité personnelle et le respect de la dignité humaine, c'est se retrouver confronté au paradoxe du respect de la dignité.

Le parcours médical des personnes met aussi en évidence la question du libre arbitre de la personne. Tout particulièrement en ce qui concerne l'obtention du consentement des personnes en regard des protocoles d'évaluations mis en place par le personnel médical pour s'assurer de la réalité de la demande de prise en charge médico-chirurgicale des personnes transsexuelles. Les frontières entre évaluation, information et consentement aux soins doivent être clairement définies.

2.2.4 Les droits élémentaires de survie, l'autonomie

La situation financière des personnes transsexuelles est un déterminant de leur parcours. L'aisance financière accroît l'autonomie et permet une liberté de choix, tant médicaux que socioprofessionnels, que n'ont pas les personnes en situation de précarité.

Par ailleurs les difficultés professionnelles sont nombreuses. Les difficultés pour trouver un emploi lorsque son apparence physique ne correspond pas à son identité civile, s'arrêter de

travailler à de nombreuses reprises pour pouvoir, pendant au moins deux ans, suivre les traitements médico-chirurgicaux, voire changer de poste ou de travail pendant sa transition sont réelles.

En 1993 s'est créée une association, le PASTT (Groupe de prévention et d'action pour la santé et le travail des transsexuel(le)s) reconnue d'utilité publique pour son travail de démarginalisation des personnes transsexuelles en œuvrant notamment auprès des prostituées transgenres et en accompagnant dans leurs démarches professionnelles et médico-judiciaires les personnes en situation de précarité. Cette association a mis à jour la prostitution parfois nécessaire de certaines personnes transsexuelles pour subvenir à leurs besoins et pouvoir financer leurs traitements médicaux.

Cet aspect du transsexualisme générateur de précarité demande une réflexion sociétale sur la prise en charge de ces personnes.

2.3 Précision

Jusqu'à présent nous avons utilisé le terme « transsexuel(le) » pour définir les personnes qui souhaitaient modifier leur identité de genre, parce que c'est le terme le plus courant. Néanmoins, comme nous l'avons signalé, ce terme ne fait pas l'unanimité et certaines personnes le trouvent stigmatisant. Dans le souci de ne blesser personne nous utiliserons dans la suite de cette thèse le terme de « personne Trans » sans y accoler de suffixe particulier. Ce terme global utilisé notamment dans le rapport de l'IGAS au sujet du transsexualisme regroupe toutes les personnes qui souhaitent recourir à un traitement médical afin de modifier leur identité de genre, sans pour autant faire de distinction entre celles qui affirment dès le début de leur parcours souhaiter recourir à une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle et celles qui laissent cette question en suspens.

Nous avons choisi de ne pas entrer dans ce débat polémique et imposer un terme qui exclurait d'emblée une partie de la population souffrant d'un trouble de l'identité de genre.

TRAVAIL DE RECHERCHE

1 Matériel et méthode

Cette recherche s'est attachée plus particulièrement à étudier la parole des personnes Trans, en ce qu'elle exprimait leur vécu du parcours médical et la façon dont elles se sentaient prises en compte dans leur demande de soins. Ces « récits de vie » nous ont semblé être l'abord le plus pertinent quant au ressenti de la notion de dignité, et aux questions qu'elle soulevait tant du point de vue des personnes Trans, que des points de vues médicaux et sociétaux.

Dans un premier temps, nous avons voulu comprendre pourquoi les personnes décidaient de débiter ce parcours.

Ensuite, en fonction de leurs attentes, les difficultés qu'elles avaient pu rencontrer et les satisfactions qu'elles avaient obtenues.

Enfin, en quoi ce parcours médical visant à modifier leur anatomie les impliquait dans leur vie quotidienne et dans leur vie future.

La méthode retenue a été celle d'entretiens semi directifs. Les entretiens étant dialogiques c'est dans la communication avec l'enquêteur que s'est créé le discours des enquêtés. La dialogicité¹⁰⁶ y est alors présente par la nature même de la méthode.

Pour chaque personne deux entretiens semi directifs ont été prévus.

Le premier, simultanément ou peu après les premières consultations médicales liées au parcours trans.

Le deuxième, un an après le premier. Ce deuxième entretien a eu pour but de confirmer ou d'infirmer les réponses obtenues un an auparavant, ainsi que de préciser, par de nouvelles questions, en fonction des réponses obtenues lors du premier entretien, les points de vue des personnes Trans recueillis initialement.

Les entretiens se sont déroulés en face-à-face et un guide d'entretien a été construit au moyen de questions ouvertes. Une seule question (question 15 du premier entretien) est une question fermée ; le classement par ordre d'importance nous a semblé intéressant en ce qu'il précisait les attentes des personnes interrogées vis-à-vis des médecins qui les prenaient en charge. L'ordre de présentation des 4 propositions a varié de façon aléatoire suivant les personnes interrogées.

¹⁰⁶ MARKOVA I., ORFALI B., *Bulletin de psychologie*, tome 57, n°471, mai-juin 2004

L'ordre des questions a souvent été modifié au cours des entretiens afin de laisser la plus grande fluidité possible au discours des personnes interrogées. Leur présentation numérotée dans les grilles présentées n'est utilisée que pour une analyse plus claire des propos recueillis.

En ce qui concerne le premier entretien (entretien A), les questions ont porté sur quatre thèmes :

- 1) La vision qu'a la personne d'elle-même et de son trouble ;
- 2) L'organisation de son parcours de soins ;
- 3) Son vécu du rapport médecin-patient et de la prise en charge médicale ;
- 4) Son vécu social, juridique et psychologique.

Le deuxième entretien, (entretien B), un an après, a précisé :

- 1) Le vécu effectif du parcours médical de la personne Trans ;
- 2) Son implication personnelle dans ce parcours ;
- 3) Le point de vue de la personne en cours de transition vis-à-vis de son statut juridique et de ses relations sociales et professionnelles.

Les entretiens ont été effectués auprès de personnes Trans qui débutaient ce parcours médical. L'âge, le sens du changement (homme vers femme ou femme vers homme) ainsi que la profession identifient ces personnes.

Le critère de sélection posé était : avoir commencé une prise en charge médicale avérée dans le but d'un changement d'identité de genre ; c'est-à-dire la volonté des personnes d'être reconnues physiquement dans le genre « opposé » à celui qui leur avait été assigné à la naissance.

Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement.

L'analyse des réponses obtenues s'est faite en premier lieu dans l'objectif d'une analyse thématique, c'est-à-dire le repérage des idées significatives et leur catégorisation¹⁰⁷, dans la retranscription intégrale de chaque entretien, pour chacune des questions. Ensuite, la mise en commun de ces réponses par question abordée et une synthèse quantitative et qualitative de ces idées ont été effectuées.

¹⁰⁷ NEGURA Lilian, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 16 mars 2013. URL : <http://sociologies.revues.org/993>

Dans un deuxième temps l'analyse des idées prédominantes qui ressortaient de ces entretiens, considérées comme des éléments centraux puisqu'énoncées par la majorité des membres du groupe¹⁰⁸, a été faite sous forme de discussion.

Toutes les personnes ont été informées du but des entretiens, et ont donné leur consentement à cette étude. Leur recrutement s'est fait par le biais de professionnels de santé, d'associations, et parmi les personnes que nous suivions pour un travail de la voix en tant qu'orthophoniste. Les réponses obtenues lors des entretiens ont été enregistrées de façon anonyme.

Les numéros qui précèdent chaque réponse correspondent à chacun des patients et à l'ordre dans lequel ils ont été interrogés lors de la première session d'entretiens. Les personnes étant libres de répondre ou non aux questions posées, des réponses manquent pour certaines questions. L'alternance de rouge et de noir n'est utilisée que pour faciliter la lecture.

Dans les réponses, les points de suspension représentent un moment de silence, d'hésitation ou une non réponse de la personne.

¹⁰⁸ NEGURA Lilian, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 16 mars 2013. URL : <http://sociologies.revues.org/993>

Entretien A :

Questions concernant la personne et la perception qu'elle a d'elle-même

1. Depuis quand avez-vous ressenti une incohérence entre votre aspect extérieur et votre identité sexuelle ?
2. Comment êtes-vous arrivé à établir ce diagnostic ? Qui ou qu'est-ce qui vous a aidé à le déterminer ?
3. Quels termes utilisez-vous pour vous définir ?
4. Comment l'expliquez-vous aux autres ?
5. Pensez-vous que votre trouble soit une maladie ?

Questions concernant l'organisation du parcours de soins

6. Quel événement ou situation a déclenché le processus de réassignation ?
7. Par quelle démarche médicale a débuté votre prise en charge ?
8. Comment avez-vous obtenu les informations nécessaires ?
9. Dans l'idéal comment le parcours de soins devrait-il être organisé ?
10. Que souhaiteriez-vous dans votre parcours de soins que vous ne trouvez pas actuellement ?
11. Rencontrez-vous des difficultés dans votre parcours médical ?
12. Envisagez-vous une chirurgie de réassignation ? Si oui où se fera t'elle ? Pourquoi ?

Questions relatives aux rapports médecins/patient et prise en charge

13. Quel praticien vous a aidé dans l'élaboration du diagnostic de transsexualité ?
14. Votre médecin traitant vous suit-il dans votre parcours ?
15. Quelles sont les qualités que vous attendez des médecins qui vous reçoivent ?
Par ordre d'importance : compétence, information, bienveillance, disponibilité.
16. Quelles sont les attitudes que vous avez appréciées chez les praticiens que vous avez rencontrés ?
17. Y a-t-il eu des remarques ou des attitudes qui vous ont choqué de la part des cliniciens que vous avez rencontrés ?
18. Avoir sorti la transsexualité des maladies psychiatriques vous semble-t-il logique ?

Questions relatives au vécu médico-social, juridique et psychologique

19. Êtes-vous membre d'une association ? Pourquoi ?
20. Les informations concernant votre parcours ont-elles été suffisantes ? Si Non que vous a-t-il manqué ? Point de vue médical, juridique, psychologique, social.
21. Avez-vous entrepris des démarches juridiques ? Lesquelles ? Comment se passent-elles ?
22. Bénéficiez-vous, ou avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique/psychiatrique ?
23. La prise en charge en ALD pour vos soins doit-elle continuer d'exister ? Pourquoi ?
24. Comment se passent vos relations avec votre famille, vos amis, votre entourage professionnel ?
25. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

Questions concernant le vécu effectif du parcours médical de la personne Trans

1. Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?
2. Que s'est-il passé en un an, qu'est-ce qui s'est modifié ?
3. Y a-t-il des points sur lesquels votre vision a évolué ?
4. Quelles sont les interventions chirurgicales dont vous avez bénéficié depuis un an ?
5. Avez-vous un suivi psychiatrique régulier ? Que pensez-vous du rôle du psychiatre en général ; de votre psychiatre en particulier ?

Questions concernant son implication personnelle dans ce parcours.

6. Dans ce parcours, quelles sont pour vous les modifications qui relèvent du choix personnel et celles qui relèvent de la nécessité ?
7. Est-ce qu'il y a des questions éthiques que vous vous posez dans votre parcours, ou que vous vous êtes posé ?
8. En quoi pensez-vous que les médecins sont responsables vis-à-vis de vous dans ce parcours ? Quelle est la (les) responsabilité qui leur incombent ?
9. Quelles sont vos responsabilités par rapport à votre transition ?
10. Si vous ne l'avez pas encore faite, avez-vous déterminé la date de votre chirurgie de réassignation ?

Questions concernant le point de vue de la personne en cours de transition, vis-à-vis de son statut juridique et de ses relations sociales et professionnelles.

11. Avez-vous entrepris des démarches juridiques ? Lesquelles ?
12. Comment se passent vos relations avec votre famille, vos amis, votre entourage professionnel ?
13. Qui devrait donner l'information au départ ?
14. Vous manque-t-il quelque chose dans votre parcours ?

2 Résultats de l'enquête

Vingt et une personnes ont été interrogées au début de leur parcours médical sous forme d'entretiens semi directifs.

L'âge des personnes interrogées varie de 19 à 59 ans. Sur ces 21 personnes, 18 évoluent dans le sens homme vers femme (MtF, Male to Female) et 3 dans le sens femme vers homme (FtM, Female to Male).

Les niveaux socioculturels sont variés : chefs d'entreprise, salariés, personnes en état de précarité bénéficiant du Revenu de solidarité active (RSA).

Dix-huit personnes ont participé au deuxième entretien, un an après. Trois n'ont pu être recontactées.

La durée des entretiens a été en moyenne de 45 mn pour la première session et de 30 mn pour la deuxième.

2.1 Critique de la méthode

Le nombre de personnes interrogées ne permet pas de tirer des statistiques, mais il s'agit d'entretiens, et non de questionnaires, permettant de recueillir des informations plus personnelles. Par conséquent, les résultats présentés seront des points de vue qu'il conviendra de comparer aux réactions exprimées par les associations de personnes Trans et aux publications relatives à des questionnaires effectués sur un plus grand nombre de personnes.

La grande majorité des personnes interrogées vient de Paris et de la région parisienne où il est relativement facile de trouver un professionnel de santé formé sur ce type de prise en charge. Il est possible que des entretiens effectués dans des régions plus éloignées de la capitale et des grandes villes aient apporté un point de vue supplémentaire quant à la difficulté d'accès à des soins spécialisés.

Seules trois personnes dont la transformation se faisait dans le sens femme vers homme ont été interrogées, ce qui ne respecte pas la réalité de la proportionnalité des transformations. Ces trois entretiens ont été conservés dans notre étude. Bien qu'une différence apparaisse dans les réponses liées à la chirurgie et sa chronologie dans le parcours médical, la globalité des réponses obtenues ne montre pas de point de vue différent suivant le sens de la transformation.

La représentativité de l'échantillon choisi est donc biaisée ; néanmoins nous pensons que le mode de recrutement « hors circuit » et surtout en dehors des consultations médicales imposées, ou dans le cadre unique des associations d'auto-support, permet de penser que tous les membres appartenant à la communauté des personnes transsexuelles auraient la même probabilité de faire partie de cet échantillon ; ainsi nous pensons qu'il est suffisamment représentatif¹⁰⁹ des personnes transsexuelles qui débutent un parcours médical de transformation physique.

La qualité des mots utilisés dans les questions, au même titre que la voix et les intonations, peuvent être des vecteurs inducteurs des réponses obtenues. Nous avons essayé de rester le plus neutre possible dans nos échanges. Dans les questions (2) et (13), le mot « diagnostic » a été conservé, parce qu'il est communément utilisé par les personnes Trans, bien qu'il appartienne au langage du médecin. Dans la question (5), le mot « trouble » a été préféré aux mots « état » et « pathologie », intermédiaire entre ces deux termes, dans le but de laisser la personne libre de donner à sa réponse une orientation plus sociale ou plus médicale. Lors du deuxième entretien le mot « éthique » de la question (7) n'a pas été défini, même si certaines personnes interrogées nous ont demandé de le faire ; nous avons choisi de laisser chacun l'interpréter selon son sens.

Par ailleurs nous connaissions une partie des personnes interrogées puisque nous les suivions en tant qu'orthophoniste dans le cadre du changement de leur voix. Ce lien ne nous a pas semblé modifier les réponses obtenues mais a plutôt permis une grande sincérité des réponses, par la connaissance qu'avaient les personnes de notre pratique. Il a aussi facilité le recrutement des autres participants par la « publicité bienveillante » autour de cette étude qu'ont fait ces personnes.

Enfin les réponses présentées dans cette étude ont été extraites de la retranscription intégrale des entretiens. Elles reflètent au plus près l'opinion des personnes interrogées ; les onomatopées, les phrases redondantes, les digressions sans rapport avec la question posée ont été supprimées dès lors qu'elles ne contredisaient pas ce qui avait été exprimé.

¹⁰⁹ GHIGLIONE R., MATALON B., *Les enquêtes sociologiques, Théories et pratiques*, éd. Armand Colin, 1978, p. 29

2.2 Rapport et synthèse, par question, des réponses obtenues

2.2.1 Entretien A

1) Depuis quand avez-vous ressenti une incohérence entre votre aspect extérieur et votre identité sexuelle ?

1) Quand j'étais enfant, avant l'âge de 5 ans, je disais déjà que j'étais une fille... J'ai arrêté de dire aux gens que j'étais une fille parce que j'ai eu des expériences un peu désastreuses, surtout avec les bonnes sœurs... donc après je me suis déjà rendu compte que mon aspect physique ne correspondait pas à l'image que j'avais de moi. 2) Depuis que je suis enfant... j'en ai pris vraiment conscience à l'âge de la puberté. 3) Je me souviens que j'étais enfant à la maternelle déjà je ressentais ce truc-là ; il y a quelque chose qui n'allait pas je ne sais pas... chez les filles je ne voyais pas la différence, je n'aimais pas par contre quand on me mettait chez les garçons. 4) Je ne m'en étais pas rendu compte, je n'ai jamais eu ce côté masculin. 5) À l'âge de 5 ans, je me suis aperçue que j'étais différente physiquement... on m'a dit : « Tu es un garçon », je me suis dit : « ils doivent se tromper, ils ne voient pas ». 6) Depuis toute petite / à l'âge de trois ans je pourrais dire. 7) Depuis l'adolescence mais l'explosion, le Switch, à 44 ans. 8) Dans ma jeunesse / au moment de la puberté, il y avait quelque chose qui clochait. 9) Depuis l'enfance avant le collège, dans le primaire, tout ce qui était pour les petites filles ça me révoltait... ma mère m'a dit que quand j'étais enfant, dès qu'on me mettait en jupe ou quoi y'avait toujours un moment où j'arrivais à me l'enlever ; elle s'est vite habituée à me mettre en pantalon et salopette. 10) À l'âge de 20 ans après un parcours de travestissement. Avant je ne mettais pas des mots dessus ; c'était dans le cadre familial avec papa maman donc très cadré, très surveillé, donc je n'avais pas accès à ce qui existait... Ça s'est vraiment dévoilé quand je suis montée sur Paris et quand j'ai vu ce qui était possible. 11) Dans le ventre de ma mère. 12) Vers l'âge de 5 ans déjà je ne me convenais pas dans mon corps ; déjà à cette époque-là, je mettais régulièrement les vêtements de ma mère. 13) À l'âge de 20 ans, non à l'âge de 5 ans on m'a habillé en fille pour un spectacle à l'école et tout le monde me disait « tu es une jolie petite fille » je ne sais pas si c'est resté dans mon subconscient ou pas ; à l'âge de 8 ans mon plus grand bonheur c'était de mettre les affaires de ma grande sœur quand elle n'était pas là. 14) À l'adolescence vers 11-12 ans, sachant que quand j'étais enfant il y avait déjà un truc qui clochait, mais clairement vers 11-12 ans j'ai commencé à m'habiller en fille. 15) Vers 5-6 ans je m'identifiais plus aux filles. 16) Depuis toujours, j'ai toujours voulu être une fille, aussi loin que je me souviens. 17) 7 ans, à l'âge de 7 ans par rapport aux organes génitaux je n'avais pas l'impression que ça me correspondait. 18) Concrètement à l'âge de 12 ans, avant c'était inconscient, je rêvais que j'étais un homme... Je savais que j'étais un homme mais je savais

pas ce qu'était un transsexuel. 19) J'ai toujours senti qu'il y avait un problème mais je n'avais pas réussi à le déterminer jusqu'à environ il y a 5-7 ans (*à l'âge de 16 ans*). 20) *Très jeune, c'est très flou aussi / j'ai des souvenirs certains entre 7 et 10 ans / j'avais déjà un malaise avec ça c'était vers l'année du CP.* 21) Depuis ma petite enfance / l'idée que je pouvais avoir un autre genre... c'est tardivement, moi je l'ai eu à 45 ans.

Synthèse :

Quinze personnes disent avoir ressenti ce trouble dès l'enfance. Elles expriment une sensation d'erreur entre leur aspect physique et le genre auquel elles s'identifient. *« À l'âge de 5 ans, je me suis aperçue que j'étais différente physiquement... on m'a dit : « Tu es un garçon », je me suis dit : « ils doivent se tromper, ils ne voient pas », « à l'âge de 7 ans par rapport aux organes génitaux je n'avais pas l'impression que ça me correspondait... », « Vers 5-6 ans je m'identifiais plus aux filles... », « Vers l'âge de 5 ans déjà je ne me convenais pas dans mon corps... », « Depuis toujours, j'ai toujours voulu être une fille, aussi loin que je me souviens... »*

Quatre personnes au moment de l'adolescence. Il s'agit pour trois d'entre elles d'une prise de conscience de la nature, d'un trouble ressenti pendant l'enfance : *« quand j'étais enfant il y avait déjà un truc qui clochait, mais clairement vers 11-12 ans j'ai commencé à m'habiller en fille... »*

Deux personnes ont pensé à modifier leur apparence à l'âge adulte sans avoir eu conscience pendant leur enfance d'une gêne quant à leur identité de genre et leur apparence physique.

Les réponses obtenues à cette question montrent qu'il s'agit, pour la grande majorité, d'un trouble qui existe dès l'enfance dont la nature est déterminée précocement pour plus des deux tiers des personnes interrogées.

2) Comment en êtes-vous arrivé à établir ce diagnostic ? Qui, ou qu'est-ce qui, vous a aidé à le déterminer ?

1) Je me suis renseignée sur Internet... mon médecin traitant m'a soigné pour un accident du travail et il m'a dit «vous êtes bien physiquement, mais je sens quelque chose d'autre», c'est parti d'un seul coup, j'ai tout déroulé. 2) *J'ai une amie qui a téléphoné à une association, je suis allé à l'hôpital Foch voir un psychiatre, il m'a dit : « psychologiquement vous êtes très bien mais il y a ce truc », ce truc que lui-même ne peut pas expliquer.* 3) Le mot, tout simplement, c'est comme si on mettait un mot sur une maladie. 4) *Dans le flou... Je me suis rendu compte que je n'aurai jamais une attitude masculine... Toute seule.* 5) C'était difficile, ma mère m'avait surprise en m'habillant en fille et elle m'avait fait comprendre que

c'était péché, que c'était tabou... c'est venu au fur et à mesure, dès que je voyais un article dans le journal je lisais, je me suis fait une vraie bibliographie... J'ai fait mon propre diagnostic. 6) En parlant avec des amis, en écoutant le parcours d'autres filles sur des forums. 7) Le ressenti que j'ai eu à être habillé en femme... Les lectures sur Internet... Le médecin généraliste après une dépression. 8) J'avais des relations homosexuelles... J'avais une double vie / personne ne m'a aidé. 9) Sur la chaîne 5 un reportage... Par le biais d'une de mes tantes on est allés voir des chirurgiens qui nous on dit « nous on ne fait pas ça, ce n'est pas éthique », et après quand on leur demandait où se diriger ils ne savaient pas ; donc j'ai tourné à différents endroits, j'allais voir directement dans les hôpitaux. 10) Un dîner avec des amis... Un psychiatre à l'hôpital. 11) À la cinquième tentative de suicide je suis tombé sur quelqu'un de bien, la directrice du centre psychiatrique où j'étais. 12) Par l'intermédiaire d'Internet / j'avais vu des psychiatres à 19 ans, ils m'avaient tous dit que ça passerait. 13) Personne m'a aidé... je me suis dit que j'étais taré... J'avais l'idée que je n'étais pas tout à fait homme pas tout à fait femme... J'ai découvert le monde de la nuit, les transsexuels, les travestis, je me suis dit c'est moi. 14) Pendant mon travail analytique j'ai fini par conclure que j'étais transsexuel... Je suis allé voir un psychiatre à Lyon il m'a dit « pour vous c'est non »... En 2009 j'ai vu un psychiatre qui était spécialisé, en trois séances il m'a dit « je sais ce qu'on va trouver » ; le bon gros diagnostic il s'est fait avec le psychiatre. 15) À mon adolescence quand j'ai découvert certaines revues qui parlaient du transsexualisme. 16) Au départ je n'ai pas tellement réalisé que j'étais transsexuel, j'ai eu une période homosexuelle, je me suis travestie pendant un an et je me suis dit que c'était vraiment trop bien et je me suis dit voilà c'est ma place... Avant je connaissais le problème transsexuel. 17) Mes collectes d'information sur Internet principalement... Mon suivi avec le psychiatre dans une moindre mesure tout de même. 18) Au fur et à mesure, au fil du temps je me posais des questions... J'ai vu l'émission « Secret story¹¹⁰ » ... Une amie qui, elle, était transsexuelle mais dans le sens contraire. 19) Plusieurs personnes dans une association, ce ne sont pas les professionnels. 20) Moi-même, avec mon expérience... Peut-être la première fois dans des discussions en cours de récré... Sur Internet. 21) Je n'ai pas mis un mot tout de suite ; j'ai suivi une psychothérapie, je parlais tout le temps d'identité... J'ai lu un article expliquant que l'identité de genre pouvait être différente de l'identité et là tout de suite les choses se sont mises en place.

¹¹⁰ Une personne Trans a participé à une des émissions « Secret story »

Synthèse :

L'autodiagnostic est la réponse majoritaire pour quatorze personnes, autodiagnostic qui s'installe de façon progressive, *«... Au fur et à mesure ; au fil du temps je me posais des questions et j'ai vu l'émission Secret story / par une amie qui, elle, était transsexuelle mais dans le sens contraire. » ; « Le ressenti que j'ai eu à être habillé en femme... les lectures, Internet ».*

Cet autodiagnostic se fait selon trois façons :

Par les lectures ou Internet, *«...À mon adolescence quand j'ai découvert certaines revues qui parlaient du transsexualisme. »*

Par des rencontres avec des personnes Trans, *« Personne m'a aidé, je me suis dit que j'étais taré, j'avais l'idée que j'étais pas tout à fait homme pas tout à fait femme ; j'ai découvert le monde de la nuit, les transsexuels, les travestis, je me suis dit c'est moi. »*

Par l'entourage qui se renseigne.

Le psychiatre a posé un diagnostic de transsexualité pour trois personnes.

Le psychiatre a aidé deux personnes à se conforter dans leur diagnostic : *« Mes collectes d'informations sur Internet principalement, mon suivi avec le psychiatre, dans une moindre mesure, tout de même » ;*

Le médecin généraliste est cité par deux personnes : *« Je me suis renseignée sur Internet ; mon médecin traitant m'a soignée pour un accident du travail et il m'a dit : « vous êtes bien physiquement, mais je sens quelque chose d'autre ... » ; « c'est parti d'un seul coup, j'ai tout déroulé ».*

Ces témoignages montrent que la plupart des personnes qui entament une démarche médicale ont déjà eu une longue réflexion quant à leur état. Le besoin qu'elles expriment par rapport au diagnostic ne relève pas d'une découverte de ce qu'elles ont, mais de la validation de ce qu'elles ressentent. La décision d'une modification de leur anatomie, afin de la rendre conforme à leur genre ressenti en ayant recours à des actes médicaux, n'est pas le point de départ du parcours, mais plutôt la dernière étape d'une prise de conscience qui a commencé des années auparavant.

3) Quel terme utilisez-vous pour vous définir ?

1) C'est un trouble de l'identité de genre... J'ai un trouble de genre... Je suis une femme... transgenre. 2) **Syndrome de Benjamin.** 3) **Syndrome de Benjamin, je m'en fiche un peu... je dirais dysphorie de genre.** 4) **Transsexuelle, il faut reconnaître les choses, c'est le terme le plus courant si vous voulez ; maintenant je ne me sens plus transsexuelle, je me sens directement femme, je ne me pose plus la question.** 5) Je me considère comme femme tout

simplement. 6) Transsexuel parce que, en ce moment je suis en transition, mais femme. 7) Je n'aime pas me définir comme transsexuel... Transgenre... Ce qui me plaît le plus c'est bi genre. 8) Transgenre, transsexuel c'est la vaginoplastie... moi je suis transgenre, je suis traité aux hormones. 9) Moi je suis homme ; l'étiquette médicale qu'on met sur les dossiers c'est pas la mienne pour moi. 10) Je suis transgenre, travesti abouti, presque transsexuel ; je ne me considère pas comme un vrai transsexuel parce que je n'ai pas encore commencé les hormones ; je suis transgenre. 11) Extraterrestre. 12) Transgenre parce que dans le mot transsexuel il y a le mot sexuel qui me gêne. 13) Transgenre... Transsexuel en attente d'être opéré, après je serai une femme. 14) Transsexuel mais il ne me plaît pas, trans identité ça sonne mieux, syndrome de Benjamin ça sonne encore mieux comme ça on étouffe la question de trans et de sexuel. 15) Aujourd'hui transsexuel, demain je serai une femme avec un passé de transsexuel. 16) Transsexuelle. 17) MtF... Transsexuel mais je n'aime pas trop ce nom à cause de sa connotation, mais trans identité non plus ce n'est pas un nom. 18) un homme spécial. 19) Je vais faire simple trans, pour ne pas froisser les uns et les autres, chacun sa définition. 20) Je n'ai pas envie de me définir comme transsexuel, j'aimerais pouvoir me définir comme femme... C'est un gros tas de merde... ça me perturbe d'être transsexuel, c'est quoi être transsexuel ? 21) Transsexuelle.

Synthèse

Sept personnes utilisent le terme de transsexuel.

Six personnes se nomment dans le genre opposé.

Six personnes évoquent le terme de transgenre.

Trois parlent de syndrome de Benjamin.

Six personnes façonnent des termes à leur convenance : « *Homme spécial* », « *Trans* », « *Trans identitaire* », « *E.T. (Extraterrestre)* », « *Gros tas de merde* », « *Travesti abouti* ».

Les réponses données ne sont pas toujours uniques pour une même personne qui se définit parfois avec plusieurs termes. Cette multiplicité des termes employés pour définir cet état souligne l'absence de définition consensuelle. Parler de transsexualité, de dysphorie de genre, de syndrome de Benjamin¹¹¹ se rapproche d'une analyse médicale et de la définition d'une pathologie. Les termes de transgenre, trans-identitaire, cherchent en général à préciser si la transformation anatomique de la personne inclut ou non l'opération de réassignation sexuelle. Ces deux derniers termes sont aussi employés par les personnes qui souhaitent supprimer le mot « sexuel », parce qu'elles estiment qu'il induit une connotation négative liée à la sexualité.

¹¹¹ Harry BENJAMIN (1885-1986), psychologue américain, établit une nosographie de la transsexualité. Le terme de « Syndrome de Benjamin » est cité en référence à ses travaux.

Des mots plus agressifs sont aussi employés « *E.T.* », « *Gros tas de merde* », qui évoquent une incompréhension de la personne vis-à-vis de son trouble ainsi qu'une souffrance par rapport à cet état.

4) Comment l'expliquez-vous aux autres ?

1) Je ne dis même pas que j'ai un trouble, je dis que je vis normalement ma vie, pour moi je suis une femme, j'en suis convaincue. 2) Ce sont mes parents qui sont revenus pour me parler ; j'ai une demi-sœur qui m'a énormément aidé parce qu'elle leur a bien expliqué ce que je vivais, ce que je ressentais, et à partir de là, alors, mes parents ont compris. 3) Tout dépend de la personne ; pour les hommes c'est très difficile, ils comprennent pas en général... Avec les femmes beaucoup moins de questions à poser... C'est plutôt existentiel. 4) Je n'ai jamais été vraiment un homme dans mon comportement, ce n'est pas une maladie ; de toutes façons, la limite entre hommes et femmes est tellement peu définie... C'est plus une question de naissance qu'autre chose. 5) Le tout c'est de savoir accueillir les gens... pour l'instant du côté génétique il n'y a rien ; les tests qu'on nous fait faire ne montrent rien ; c'est purement psychologique donc, mais ce n'est pas l'éducation, ça j'en ai conscience, ce n'est pas contagieux. 6) Je leur dis que depuis que je suis enfant, je me sens fille beaucoup plus que garçon, que je me suis toujours sentie femme, que c'était comme ça dans ma tête et que je me voyais pas autrement, et que c'est pour ça que j'ai décidé de changer de sexe. 7) Souvent la première question qui vient c'est : « est-ce que ça se guérit ? Est-ce que ça se soigne ? »... Je l'explique aux autres en disant que je suis plus à l'aise dans le genre, je dis bien le genre et non pas le sexe, et que pour être pleinement dans le genre féminin, il faut que je devienne une femme... je ne joue pas en disant que c'est une maladie... on ne peut pas s'arrêter, ça ne se soigne pas... Au final je précise toujours que ça ne change pas ce que je suis. 8) En Amérique du sud y a un jeune qui m'avait emmené le matin et qui me ramenait en fin de journée et qui me dit « je pensais que vous étiez un garçon je m'excuse » parce qu'il m'avait vu en fille en fin de journée... finalement j'ai craqué et je lui ai dit « je suis transgenre ». 9) Je me place en tant qu'hermaphrodite, je n'explique pas ni quoi ni comment ; j'explique à peu près certaines opérations quand on me le demande... Je ne me casse pas la tête. 10) Il n'y a pas grand-chose à expliquer, en général les personnes à qui je le dis s'en doutent déjà... J'ai une copine, comment je lui ai dit ?... « Il ne peut rien y avoir entre nous puisque je ne compte pas rester un garçon ». 11) J'ai le cerveau malade. 12) J'ai un document qui m'a été fourni par une association suisse qui s'appelle l'Aspasie et qui est vraiment très très bien fait... Je dis que j'ai 55 ans de honte qui tombent d'un seul coup et que maintenant il est hors de question que je continue à vivre ce que j'ai vécu pendant tout ce temps-là et je veux m'assumer avec une identité que je me trouve avoir, qui est la mienne ; même si ça coûte très cher. 13) Je ne leur explique pas ; je

dis : « j'ai jamais été bien en mec ». 14) Je commence par dire que c'est une maladie justement pour éviter que les gens se disent que c'est une lubie, parce que le transsexualisme qu'on le veuille ou non ça reste quand même un peu connoté ; après je leur explique que je suis dans un protocole de soins, ça donne un peu plus de lourdeur au truc et puis ça fait plus sérieux. 15) Simplement que c'est une erreur de la nature. 16) Que je me ressens femme et qu'il y a une erreur de la nature quelque part ; que la médecine me donne la possibilité de devenir ce que je suis, alors autant en profiter. 17) J'ai parlé de la personne qui avait fait ça à « Secret story »¹¹² je leur ai dit que j'étais dans le sens inverse... J'ai dit que je ne me sentais pas à l'aise... J'ai dit que le psychiatre avait trouvé en moi ce trouble et la façon de le guérir, entre guillemets. 18) En fait je n'aime pas trop en parler ; je me suis toujours senti homme ; quand est-ce que j'ai été en femme ? Je crois que jamais. 19) Je dis d'abord que j'ai toujours eu un sentiment de malaise... en général je rentre rarement dans les explications... Ce n'est pas un choix par défaut parce qu'il y a énormément d'éléments qui vont dans ce sens. 20) Je le dis très simplement : « Tu me vois en tant que garçon mais à l'intérieur j'aurais préféré être une femme, j'aurais préféré avoir un corps de femme et je considère que tous mes goûts, toute ma sensibilité m'amènent à plus m'épanouir dans un corps de femme ». 21) Ce n'est pas un choix, du moins c'est un choix de l'accepter mais être transsexuelle ce n'est pas un choix, ce n'est pas une lubie, je ne veux pas que les gens pensent que je suis dans une espèce de délire, dans un fantasme.

Synthèse :

Onze personnes mettent en avant la conviction qu'elles ont d'appartenir au genre opposé à leur apparence physique.

Deux se définissent comme malades ; maladie psychique pour l'une : « *J'ai le cerveau malade* ». La deuxième utilise la notion de maladie pour donner de la valeur à sa démarche : « *Je commence par dire que c'est une maladie justement pour éviter que les gens se disent que c'est une lubie* ».

Sept autres explications sont évoquées par huit personnes, elles sont variées :

- Un état de naissance est donné deux fois : « *C'est plus une question de naissance qu'autre chose* », « *C'est plutôt existentiel* » ;
- Un état psychologique ;
- Le fait que la personnalité ne se modifie pas pour autant : « *Au final je précise toujours que ça ne change pas ce que je suis* » ;
- L'explication du terme transgenre ;

¹¹² *Secret Story* est une émission de télé-réalité au cours de laquelle une des participantes avait révélé son transsexualisme en août 2009

- L'utilisation d'un subterfuge : « *Je me place en tant qu'hermaphrodite* » ;
- L'erreur de la nature : « *Simplement que c'est une erreur de la nature* » ;
- Que ce n'est ni un choix, ni une lubie : « *Être transsexuelle ce n'est pas un choix, ce n'est pas une lubie* ».

Huit personnes expriment directement le fait qu'elles expliquent peu : « *Je ne dis même pas que j'ai un trouble* », « *En général je rentre rarement dans les explications* », « *En fait je n'aime pas trop en parler* ».

La réponse majoritaire est celle d'un état de fait : la personne vit dans un sexe anatomique opposé à son genre. Les explications données précisent que cet état de fait n'est pas un choix ; soit elles évoquent la conviction inébranlable de la personne d'appartenir au genre qu'elle affirme, soit elles parlent d'erreur de la nature, d'un état de naissance, d'un état psychologique.

Par ailleurs le terme de maladie, lorsqu'il est utilisé, ne sert pas à préciser les composantes d'un trouble mais à renforcer le côté inexplicable de cet état : trouble psychique et sérieux d'une démarche qui ne doit pas être considérée comme une lubie.

Par conséquent les explications sont difficiles à donner.

5) Pensez-vous que ce trouble soit une maladie ?

1) Je ne me sens pas malade... Syndrome de Benjamin c'est des inventions de psychiatres ;
 2) Non je ne pense pas que ce soit une maladie... Je ne suis pas dangereux pour qui que ce soit... Je ne considère pas ça comme une maladie.
 3) Aucune idée... je ne pense pas.
 4) Non je ne pense pas.
 5) Non parce que je considère que c'est un don que j'ai eu à la naissance.
 6) Non pas du tout, parce que je me sens saine dans ma tête.
 7) Oui et non... La grande partie des actes que je vais suivre dans le cadre du parcours vont être remboursés par la Sécurité sociale, ça serait un peu idiot de ma part de dire que ce n'est pas une maladie vu que je veux bénéficier des avantages... Dans la mesure où on peut difficilement la soigner ou la guérir je ne pense pas.
 8) Je ne sais plus quoi penser, je ne sais pas si c'est naturel ou pas naturel... On ne peut pas dire que ce soit anormal.
 9) Non, sinon il y aurait un traitement et non un tranchement corporel.
 10) Non je ne le pense pas, beaucoup de gens le disent, mais non.
 11) Oui, une maladie du cerveau, j'ai le cerveau malade.
 12) Pour moi c'est pas une maladie c'est un état de fait... C'est considéré actuellement comme une maladie parce qu'il faut passer par les demandes d'ALD¹¹³.
 13) Non c'est pas une maladie il y a erreur de distribution c'est tout.
 14) Moi je le vis comme une maladie oui.
 15) Non je ne suis pas malade, je me sens très bien, je suis très cohérent dans ma tête et dans mon esprit.
 16) Non pas du tout.
 17) Je ne connais pas vraiment ce qu'on appelle maladie, mais pour moi ce

¹¹³ ALD (Affection longue durée) : la personne fait référence à cette cotation qui permet une prise en charge des soins à 100% par la Sécurité sociale.

serait juste que l'effet de la testostérone est mauvaise. 18) Non, je pense juste que c'est une différence. 19) Je ne sais pas... Moi je considère ça comme une erreur de la nature. 20) Je considère qu'elle l'est dans la mesure où il y a souffrance... Après, le mot maladie est assez mal choisi parce qu'il fait souvent allusion à quelque chose que l'on peut mesurer, on pense aux bactéries, aux virus... Je considère que c'est une maladie dans le sens où je n'ai rien choisi du tout et ça me pourrit la vie. 21) Oui parce que ça génère des troubles... Ça génère des difficultés sociales.

Synthèse :

Douze personnes estiment que leur état ne relève pas de la maladie, pour des raisons différentes. Sur ces douze personnes :

- Quatre font directement allusion à la maladie mentale : « *Je ne me sens pas malade, le syndrome de Benjamin c'est des inventions de psychiatres* », « *Non pas du tout... parce que je me sens saine dans ma tête* » ;
- Deux autres invoquent un état de normalité ;
- Deux parlent d'une erreur de la nature ;
- Une « *un don reçu à la naissance* » ;
- Une justifie sa réponse par le manque de traitement, « *Non, sinon il y aurait un traitement et non un tranchement corporel* » ;
- Deux ne donnent pas de raison.

Quatre personnes pensent qu'il s'agit d'une maladie : pour une c'est une maladie mentale, « *Oui, une maladie du cerveau, j'ai le cerveau malade* », une autre la relie à la souffrance qu'elle ressent, « *Je considère qu'elle l'est dans la mesure où il y a souffrance... je considère que c'est une maladie dans le sens où j'ai rien choisi du tout et ça me pourrit la vie* » ; la troisième relie la maladie aux troubles et aux difficultés provoqués par l'état de transsexualisme, « *Oui parce que ça génère des troubles, ça génère des difficultés sociales* », la dernière ne donne pas de raison.

Une personne donne une réponse mitigée en lien avec la prise en charge des soins par la sécurité sociale : « *Oui et non, la grande partie des actes que je vais suivre dans le cadre du parcours va être remboursée par la Sécurité sociale, ça serait un peu idiot de ma part de dire que ce n'est pas une maladie vu que je veux bénéficier des avantages ; mais dans la mesure où on peut difficilement la soigner ou la guérir je ne pense pas que ce soit une maladie* ».

Quatre personnes disent ne pas savoir.

La majorité des personnes rejettent l'assimilation à la maladie, qu'elle soit mentale ou physique. Derrière ce refus apparaît le désir d'être considéré comme une personne normale pleinement consciente de ses actes. Lorsque le terme de maladie est évoqué c'est en

relation avec la souffrance ressentie par rapport à l'état de transsexualisme. La relation entre prise en charge par la Sécurité sociale et la maladie n'est évoquée qu'une fois dans les réponses à cette question. Néanmoins c'est un point de conflit pour la personne Trans, qui reviendra sous différents aspects au cours des entretiens. Il se résume par cette question : « Dois-je accepter d'être identifié comme malade et pouvoir alors prétendre à une prise en charge de mes frais médicaux par l'assurance maladie ou refuser la pathologisation de mon état et prendre le risque d'être obligé d'assumer moi-même le financement des actes médicaux nécessaires à mon mieux-être ? »

6) Quel événement ou situation a déclenché le processus de réassignation ?

1) Tous les matins j'allais au travail et je pensais mettre fin à mes jours ; et puis un jour j'ai fait un rêve, j'étais un garçon et j'ai éclaté en sanglots ; je me suis levée et je me suis dit : « Je vais faire tout ce qu'il faut pour être celle que je suis » parce que je n'arrivais plus à vivre. 2) Quand j'ai été sûr de moi ; j'aurais voulu attendre le décès de mes parents pour ne pas qu'ils en souffrent, mais la violence qui se passe à l'intérieur de notre être est tellement forte que, arrivé à un moment ça éclate. 3) Psychologiquement j'étais vraiment très très bas... Un jour je me suis lâchée, j'ai dit ce que je pensais ; ma belle-mère m'a fait « ben écoute demain passe j'ai des œstrogènes » je t'en donnerai... quelques mois après j'ai contacté le PASTT. 4) Je ne sais pas à quel moment ça s'est fait ; il y a une quinzaine d'années je dirais, j'ai décidé d'aller un petit peu plus vers la femme, avoir des atouts pour séduire si vous voulez. 5) À force de prendre les médicaments que je m'étais procurés illégalement par les voies internet, je voulais en fait que mon corps me trahisse... J'ai atteint le fond, parce que je ne voyais pas à l'extérieur de manifestations, personne ne voyait rien... J'avais fait 3 tentatives manquées de sauter par-dessus la balustrade... J'ai été faire un aller-retour chez une amie en Martinique, elle m'a permis de vivre telle que j'étais... j'ai été rassurée, savoir que c'était faisable... J'en ai parlé, j'ai commencé à être suivie par un psychiatre. 6) Au bout d'un moment on se pose trop de questions, on ne supporte plus... C'est surtout le fait d'avoir rencontré d'autres trans, d'avoir discuté ça m'a encouragé, ça m'a donné envie. 7) Mon week-end en full nana total... ce week-end là, lorsque je me suis regardée dans le miroir j'ai vu la femme. 8) Mon ami était très préoccupé et m'avait téléphoné, il m'a laissé un message ; ma femme a entendu le message et elle a compris parce que le message était sans équivoque ; alors il y a eu des discussions, des mises au point et puis bon, j'ai dit : « basta cette mascarade, je veux autre chose ». 9) Je pense que c'est en évoluant en tant qu'adulte qu'il y a dû avoir un déclic mais ça je ne sais pas exactement. 10) Ça s'est fait tout bêtement lors d'un dîner entre amis ; une amie m'a dit « toi ça va de moins en moins bien, ça va vraiment pas » comme elle me connaissait très bien je lui ai expliqué ce qui n'allait pas, elle m'a dit faut que tu en parles et là j'en ai parlé à

mon amie qui m'a dit fonce vas-y, va voir un médecin ; à partir de ce moment, la porte a été vraiment ouverte. 11) La directrice du centre psychiatrique... En fait à la cinquième tentative de suicide que j'ai faite il n'y a pas longtemps, je suis tombé sur quelqu'un de bien. 12) Ça n'a pas été immédiat, ça a commencé déjà à mûrir beaucoup ; je suis allé à l'île Maurice l'année dernière en décembre avec ma sœur et qui a fait des soins esthétiques et moi aussi ; et là je pense que ça a déclenché tout : les rides partent, alors il y a peut-être moyen de faire quelque chose, de faire apparaître autre chose, de changer les choses. 13) C'est en septembre octobre de l'année dernière j'ai eu un bon début de broncho-pneumonie assez carabiné, quand j'ai vu l'état dans lequel j'étais de maigreur et tout, je me suis dit : « Tu ne vas pas crever comme ça » je ne veux pas crever dans la peau d'un homme. 14) Les mots que j'ai tenus à mon psychiatre je lui ai dit : « je suis grillé, ça sert à rien que je continue à fuir, je suis grillé le problème est là, en gros c'est ça » c'est de me rendre compte que ce problème il existe, que j'ai beau faire 20 ans d'analyse il sera toujours là, donc on ne vit qu'une fois, je pense que j'ai assez perdu de temps en fait. 15) L'annonce à ma mère qui s'est faite de manière un peu particulière voilà j'étais fatigué, elle était fatiguée, elle m'a posé une question clé de savoir si j'étais homosexuel, parce qu'elle voyait jamais des filles défiler à la maison, à laquelle je lui ai répondu : « voilà non je suis transsexuel » et là derrière tout s'est enchaîné. 16) Le travestissement ; c'est-à-dire qu'à partir du moment où j'ai commencé à me travestir j'ai vraiment aimé ça... C'est l'interaction avec les gens, cette place dans la société que j'aime beaucoup, et être traitée comme une femme, parce qu'avant c'était vraiment une douleur d'être traitée comme un homme. 17) Après une période de quelques semaines où je suis vraiment resté cloîtré chez moi après avoir abandonné mon amie universitaire et donc j'ai beaucoup réfléchi... j'ai eu un jour une crise de larmes en rentrant chez moi parce que je me rappelais de tous les mercredis où on allait chercher ma sœur à la musique, où j'étais avec ma mère et j'aimais bien ces journées-là, j'étais entouré de filles... Donc c'était la visite chez le psychiatre, heu non, en premier temps c'était l'association ORtrans¹¹⁴. 18) Je ne m'entendais pas très bien avec ma mère, j'ai été en foyer... Je me suis dit : « Maintenant que je suis libre de faire ce que je veux, je vais remplir mon rêve et je serai bien dans ma peau ». 19) D'abord je suis allée voir un psychiatre spécialisé. 20) Une très grosse déprime, je me suis dit : « Je suis un garçon zut, bon qu'est-ce que je fais, j'arrive à un stade où je ne fais plus rien ». 21) Ça c'est fait spontanément une fois que j'ai compris le trouble dont je souffrais.

¹¹⁴ O.R.Trans (Objectif Respect Trans), association de personnes Trans

Synthèse :

Six personnes entament leur parcours après une déprime, une dépression, voire une tentative de suicide liées à leur état : « *Psychologiquement j'étais vraiment très très bas* », « *Une très grosse déprime* », « *J'avais fait 3 tentatives manquées de sauter par-dessus la balustrade* », « *En fait à la cinquième tentative de suicide que j'ai faite* » ;

Quatre personnes évoquent l'aboutissement d'une réflexion : « *Quand j'ai été sûr de moi* », « *Ça c'est fait spontanément une fois que j'ai compris le trouble dont je souffrais* » ;

Deux personnes ont décidé de débiter leur parcours après une expérience de travestissement ;

Deux personnes ont débuté après en avoir parlé à leur entourage : des personnes Trans, pour l'une « *Le fait d'avoir rencontré d'autres trans d'avoir discuté ça m'a encouragé, ça m'a donné envie* », des amis pour l'autre « *tout bêtement lors d'un dîner entre amis* » ;

Deux personnes parlent de l'urgence devant le temps qui passe : « *on ne vit qu'une fois, je pense que j'ai assez perdu de temps en fait* », « *je ne veux pas crever dans la peau d'un homme* » ;

Cinq autres événements sont évoqués comme déclencheurs :

- Une situation conflictuelle entre époux : « *Il y a eu des discussions, des mises au point et puis bon, j'ai dit : «basta cette mascarade, je veux autre chose* » » ;
- Une opération de chirurgie esthétique : « *les rides partent, alors il y a peut-être moyen de faire quelque chose, de faire apparaître autre chose, de changer les choses* » ;
- Le questionnement d'un parent : « *elle m'a posé une question clé de savoir si j'étais homosexuel* » ;
- Le fait de ne plus vivre avec ses parents : « *j'ai été en foyer... Je me suis dit maintenant que je suis libre de faire ce que je veux, je vais remplir mon rêve et je serai bien dans ma peau* » ;
- La consultation avec un psychiatre.

Trois types de situations déclenchent le processus de réassignation sexuelle.

Le premier se rapporte à un sentiment d'urgence, lié à une souffrance psychologique qui devient insupportable, ou au temps de vie qui se réduit.

Le deuxième est celui de l'aboutissement d'une réflexion et une évidence qui en découle sur la réalité de l'état de la personne.

Le troisième est contextuel ; il se situe dans un rapport avec autrui, par la discussion avec des personnes de l'entourage, ou par des expériences de travestissement ou de modification de son anatomie (lifting évoqué dans l'une des réponses).

7) Par quelle démarche médicale a débuté votre prise en charge ?

1) Par le psychiatre, puis THS¹¹⁵... S'il n'y avait pas eu l'obligation des papiers¹¹⁶, je serais directement allé voir l'endocrinologue. 2) Une amie qui a téléphoné à une association qui lui a donné l'adresse d'un psychiatre, on m'a conseillé d'aller à l'hôpital Sainte-Anne voir le Dr X... Ça ne bougeait pas beaucoup j'ai arrêté d'aller le voir... Puis j'ai rencontré le Dr Y qui est un psychiatre formidable. 3) J'ai pris des hormones officieusement en 2002-2003... J'ai pris contact avec le PASTT¹¹⁷. 4) Prise d'hormones si vous voulez au noir... Puis hormonothérapie avec un médecin généraliste... puis un endocrinologue. 5) À force de prendre les médicaments que je m'étais procurés illégalement sur Internet, je voulais que mon corps me trahisse... Puis j'ai commencé par être suivie par un psychiatre... J'ai vu un endocrinologue en parallèle. 6) Je suis allée voir le médecin pour les hormones, donc l'endocrinologue ; il m'a dit qu'il fallait voir un psy en premier ; j'ai eu plusieurs séances avec lui, après j'ai eu l'autorisation écrite pour prendre des hormones. 7) La décision d'épilation du visage et du corps... Un généraliste pour la Finastéride¹¹⁸...Passage à l'hormonothérapie un peu plus lourde avec un endocrinologue. 8) Psychiatre à l'hôpital Foch, il ne pouvait pas me recevoir... Le phoniatre¹¹⁹ qui m'a mis en relation avec un réseau de médecins. 9) À Foch on m'a orienté vers le psychiatre. 10) C'était un psychiatre que j'ai vu à Foch. 11) Quand je pétais les plombs je faisais une opération pour me soulager ; j'ai commencé par le haut... Je suis tombée sur une femme super sympa qui faisait de la chirurgie esthétique, elle a compris, elle m'a dit « faites un papier entre vous et moi pour me couvrir ». 12) Le psychiatre et l'endocrinologue en même temps... c'est l'endocrinologue qui m'a donné les coordonnées du psychiatre. 13) Psychiatre puis endocrinologue. 14) Psychiatre... J'ai commencé à voir des psy il y a 12 ans c'était un problème qui était sûrement lié à ça. 15) Mon médecin traitant... Le psychiatre, je savais que c'était quelqu'un de très ouvert au monde transgenre, je savais que lorsque les personnes étaient saines d'esprit il délivrait des autorisations très rapides de prise d'hormones. 16) J'ai contacté un psy... parce que j'étais forcée de le contacter, en fait le psychiatre, ça a été pour avoir l'autorisation. 17) Généraliste, psychiatre, endocrinologue. 18) J'ai contacté l'endocrinologue... je me suis hormonée seule sur Internet. 19) Je suis allée voir un psychiatre spécialisé. 20) Le psychiatre. 21) L'épilation du visage, puis l'équipe officielle¹²⁰ : psychiatre, endocrinologue, chirurgien.

¹¹⁵ THS (Traitement hormonal de substitution)

¹¹⁶ Le terme « papiers » fait référence au certificat délivré par un psychiatre. Ce certificat est demandé par la quasi-totalité des endocrinologues avant de prescrire une hormonothérapie ; il est obligatoire pour prétendre à un remboursement des actes de chirurgie.

¹¹⁷ PASTT (Groupe de prévention et d'action pour la santé et le travail des personnes transsexuelles), association de personnes Trans.

¹¹⁸ Médicament anti-androgène proposé à certaines personnes Trans dans le cadre de leur hormonothérapie.

¹¹⁹ ORL spécialisé dans les troubles de la voix ; les personnes Trans homme vers femme ont très souvent besoin d'un travail vocal.

¹²⁰ Une des équipes hospitalières proposant une prise en charge centralisée des actes médicaux.

Synthèse :

Douze personnes ont consulté un psychiatre en première démarche ; toutefois cinq d'entre elles disent avoir fait cette démarche par obligation, en général pour obtenir un traitement hormonal : *« Par le psychiatre puis THS (traitement hormonal de substitution), s'il n'y avait pas eu l'obligation des papiers (certificat du psychiatre) je serais directement allé voir l'endocrinologue », « Je suis allée voir le médecin pour les hormones, donc l'endocrinologue... il m'a dit qu'il fallait voir un psy en premier »* .

Quatre ont commencé par une prise d'hormones sans consultation médicale, en se les procurant sur Internet ou par le « bouche-à-oreille ».

Deux ont débuté leur parcours en allant voir un endocrinologue.

Deux personnes ont choisi l'épilation du visage.

Une personne a commencé par la chirurgie : *« Quand je pétais les plombs je faisais une opération pour me soulager ; j'ai commencé par le haut... Je suis tombée sur une femme super sympa qui faisait de la chirurgie esthétique, elle a compris, elle m'a dit : faites un papier, entre vous et moi, pour me couvrir »*.

La chronologie des consultations médicales révèle que le psychiatre est consulté en premier lieu par plus de la moitié des personnes. Cette démarche est souvent dictée par l'obligation d'obtenir un certificat pour entamer une hormonothérapie. Par ailleurs six personnes ont débuté par la prise d'hormones, quatre sans passer par le médecin. La consultation avec l'endocrinologue semble donc être le réel point de départ de ce parcours médical.

D'autre part, l'épilation du visage est citée deux fois en premier recours ainsi que la chirurgie, nommée par une personne (en l'occurrence il s'agit ici d'une mastectomie).

Ces réponses amènent à penser que le parcours médical des personnes Trans consiste en une modification de leur anatomie afin de la rendre conforme à leur identité de genre, et non dans la recherche d'un moyen psychothérapeutique de guérir de cet état, même si le soutien psychologique au cours de la transition peut se révéler nécessaire.

8) Comment avez-vous obtenu les informations nécessaires ?

1) Par Internet, sur les sites, sur les forums. 2) J'ai une amie qui a téléphoné à une association. 3) Par Internet, le PASTT, ma belle-mère. 4) Au départ je savais qu'on pouvait prendre des hormones féminines. 5) Sur des livres, par des amies, le milieu que je fréquentais, l'association « David et Jonathan ». 6) je savais qu'il y avait différentes associations, Internet. 7) Sur le Net, par les associations, par rapport aux filles que je connaissais. 8) Sur le Net et par des relations ; associations puis après j'ai échangé avec des gens, avec des médecins. 9) J'ai regardé sur le Net, il n'y a pas beaucoup d'infos, pour l'autre côté homme à femme il y en a énormément. 10) Internet, les médecins traitants ils ne

sont pas du tout au courant, le médecin traitant il est un peu perdu. 11) Par une amie, Internet. 12) J'allais régulièrement sur Internet, les associations. 13) Sur Internet, puis le psychiatre, des associations. 14) Beaucoup par l'auto-documentation, Internet, les associations. 15) Internet, d'autres transsexuelles. 16) Par Internet par rapport à toutes sortes de sites, je me suis mis rapidement à dialoguer avec une ou deux personnes Trans. 17) Par des amis, par des forums sur Internet. 18) L'endocrinologue. 19) Par des personnes que j'ai rencontrées, associations et d'autres Trans. 20) Entièrement Internet. 21) Internet, j'ai aussi eu de la chance de rencontrer une fille qui avait fini son parcours.

Synthèse :

Seize personnes disent avoir eu recours à Internet pour obtenir des informations ; onze d'entre elles l'évoquent en première intention ;

Onze personnes citent l'entourage, amis ou autres personnes transsexuelles, comme source d'information ;

Dix personnes ont eu des informations par le biais des associations d'auto-support ;

Trois personnes ont reçu des informations par un médecin ;

Le recours à Internet est la démarche la plus utilisée ; elle se complète par les informations données par les associations et l'entourage ;

L'information n'est donnée que très peu par un professionnel médical, c'est majoritairement une auto information.

9) Dans l'idéal comment le parcours de soins devrait-il être organisé ?

1) L'accompagnement idéal c'est que l'on n'ait pas besoin de psychiatre parce que de toute façon le tri va se faire automatiquement... C'est qu'on nous permette d'accéder à un parcours, qu'on nous facilite la vie... et surtout qu'au bout de quelque temps, comme ils ont fait en Espagne, deux ans d'hormones, on bénéficie des documents¹²¹; parce que sinon on est un citoyen de seconde zone. 2) Qu'il y ait peut-être une meilleure ouverture pour les gens qui n'ont pas forcément les moyens, c'est-à-dire que les équipes officielles soient un petit peu plus ouvertes, parce que je trouve que c'est un peu fermé. 3) Plus humain, plus humain, un vrai suivi. 4) Que les organisations disent le chemin à suivre... Le choix de mon médecin ça c'est une chose absolument indispensable, si je tombe sur un praticien qui ne me convient pas je ne veux pas avoir à le supporter quand même. C'est ma vie, c'est ma santé. 5) C'est donner de l'espoir, donc c'est très bien que les psychiatres soient la clé... Le but du psychiatre c'est vraiment de sécuriser le parcours, donner confiance à la personne concernée dans le parcours qu'elle va suivre... L'endocrinologue c'est très complémentaire il

¹²¹ Il s'agit ici des papiers d'identité

a un rôle prépondérant, c'est lui qui va façonner le corps du patient ou de la patiente, il doit être aussi capable d'écoute. 6) Le médecin pour la prise d'hormones, ça c'est important ; le psy je pense pas que ça soit nécessaire, personnellement je vois pas trop l'intérêt quand on est bien dans sa tête... la phoniatry pour ceux qui ont commencé plus tard ça c'est important ; ce qui serait bien c'est pour les opérations une prise en charge... déjà les gens sont très mal informés : la différence entre transsexuels, travestis, homosexuels... il y a certains médecins aussi qui ne comprennent pas tout. 7) Je pense que l'on devrait laisser entière liberté au patient ; par contre je pense que le suivi psychiatrique devrait être obligatoire, enfin aller voir un psychothérapeute en tous cas, c'est quand même un garde-fou. Par contre ce que je bannirais c'est tous les examens qui pour moi portent atteinte à la personne, les examens qui sont réclamés par les juges pour le changement d'état civil. 8) Apparemment je suis passé par les bonnes étapes, c'est ce que me disent tous les professionnels ; mon évolution est bien synchronisée... Ça a été l'hormonothérapie, avec l'épilation c'est quand même important parce qu'on se retrouve avec un visage qui se féminise et justement les poils... donc il faut donner le temps aux choses je l'avoue ; moi j'étais très pressé vu mon âge je ne voulais pas être une vieille fille. 9) Plus d'informations sur les autres hôpitaux, les autres cliniques... La chirurgie esthétique et réparatrice, on devrait avoir les infos... Savoir où orienter les gens en fait, on se demande même si on ne demande pas quelque chose d'inimaginable ou de surhumain. 10) Dans l'idéal, ce serait bien de pouvoir s'adresser à son médecin traitant et que le médecin traitant sache quoi faire, chercher quel formulaire, si on a besoin d'une adresse. 11) La bonne entente entre les médecins... Si le chirurgien n'avait pas été sympa je partais. 12) Alors pour moi le problème que j'ai effectivement dans mon parcours, c'est que j'ai encore du mal à sortir, à sortir en femme, pour moi je ne passe pas, c'est très difficile ; à cause de la barbe... Ce que j'attends effectivement c'est de ne plus avoir de barbe, faire un traitement de chirurgie faciale si nécessaire, le reste c'est rien. 13) Je pense que là où ça pêche en France c'est que tout le monde veut faire de tout, on ne met pas en phase les compétences, moi j'ai rencontré des gens très incompetents, j'ai rencontré des psychiatres qu'étaient fous, des endocrinos qui n'en avaient rien à faire, qui préféraient laisser quelqu'un au bord du suicide plutôt que donner des hormones. 14) C'est que les choses soient plus coordonnées, que les équipes soient plus officielles, pas officielles on va dire moins informelles ; en même temps ça laisse pas forcément le choix des praticiens... Pour moi je dirais que la pierre angulaire c'est tout de même le psychiatre ; je pars du principe qu'on sait d'où on part on ne sait pas où on arrive, on voyage en aveugle donc le psychiatre est un peu là pour dire aussi : « c'est un peu là, un peu là ». 15) Par rapport au choix que j'ai fait, de le faire avec les médecins de ville, le point fort c'est la rapidité d'exécution, la compréhension des différents médecins, le point faible c'est effectivement qu'il faut qu'on aille à la pêche aux informations ; l'idéal ça

serait d'avoir un pool de médecins comme j'ai pu me constituer mais qui soit déjà créé, que les médecins soit aussi compétents les uns que les autres. 16) *Déjà je pense que voir un psy ça peut aider, une ou deux séances ça peut suffire pour vraiment faire le point et ensuite aller voir un endocrino et heu... après je pense pas qu'il y ait vraiment de parcours à suivre.* 17) Plus guidé dans la mesure où il n'y a pas vraiment de cohésion entre les différents médecins que je vais voir ; j'aurais aimé qu'ils me donnent, même si c'est vraiment de l'assistanat, une adresse pour l'endocrinologue. 18) *En fait moi si je devais recommencer j'irais directement au protocole comme ça tout serait pris en charge parce que c'était vraiment le parcours du combattant pour trouver les adresses, et pour payer parce que je ne gagne pas beaucoup et j'ai dû payer les opérations avec ma poche.* 19) Par rapport au psy je pense que c'est quand même important d'en voir un parce que bon, il est censé être professionnel, il est censé s'y connaître un peu. 20) *Depuis l'hôpital j'ai eu accès à des gens qualifiés qui n'abusent pas de la situation... je ne paye rien ce qui fait que ça aide beaucoup.* 21) Personnellement je suis assez satisfait de mon parcours, le psy qui m'a suivi, ce qui l'intéressait c'était vraiment de valider ma démarche, de savoir si je n'étais pas atteint de maladie psychique et puis connaître ma motivation, mais il n'a pas fait d'intrusion dans ma vie il s'est comporté comme face à un adulte, il a respecté ma démarche même s'il m'a un petit peu brusqué par moment pour savoir si j'étais vraiment motivé, mais j'ai vraiment senti que c'était moi qui avais la décision finale.

Synthèse :

Dix personnes évoquent la nécessité d'un parcours mieux organisé ; que ce soit dans la facilité d'accès aux différents praticiens : *« C'est qu'on nous permette d'accéder à un parcours, qu'on nous facilite la vie », « Savoir où orienter les gens en fait, on se demande même si on ne demande pas quelque chose d'inimaginable ou de surhumain »* ; qu'il existe une meilleure coordination entre les différents médecins : *« Plus guidé dans la mesure où il n'y a pas vraiment de cohésion entre les différents médecins que je vais voir », « Dans l'idéal, ce serait bien de pouvoir s'adresser à son médecin traitant et que le médecin traitant sache quoi faire, chercher quel formulaire, si on a besoin d'une adresse ».*

Cinq personnes soulignent l'importance du suivi psychothérapeutique ; comme soutien : *« aller voir un psychothérapeute en tous cas, c'est quand même un garde-fou », « la pierre angulaire c'est tout de même le psychiatre ; je pars du principe qu'on sait d'où on part on ne sait pas où on arrive, on voyage en aveugle »* ; afin de valider la démarche du patient : *« Le psy qui m'a suivi, ce qui l'intéressait c'était vraiment de valider ma démarche ».*

Quatre personnes souhaitent rencontrer plus d'écoute et de considération : *« Plus humain, plus humain, un vrai suivi », « la compréhension des différents*

médecins », « L'endocrinologue c'est très complémentaire il a un rôle prépondérant, c'est lui qui va façonner le corps du patient ou de la patiente, il doit être aussi capable d'écoute ».

Trois personnes souhaitent avoir la liberté de choix de leur praticien et de l'organisation de leur parcours : « Le choix de mon médecin ça c'est une chose absolument indispensable », « Je pense que l'on devrait laisser entière liberté au patient ».

Trois personnes demandent une meilleure prise en charge financière permettant plus d'égalité dans l'accès aux soins : « Qu'il y ait peut-être une meilleure ouverture pour les gens qui n'ont pas forcément les moyens », « C'était vraiment le parcours du combattant pour trouver les adresses, et pour payer parce que je ne gagne pas beaucoup et j'ai dû payer les opérations avec ma poche ».

Deux personnes souhaiteraient qu'il n'y ait pas de consultation psychiatrique.

Une personne désirerait que l'obtention des papiers d'identité se fasse dès que l'apparence physique est suffisamment modifiée.

Une personne désirerait que les praticiens soient mieux informés.

Une qu'elle puisse rapidement modifier l'aspect de son visage.

Un parcours coordonné, humain, qui « facilite la vie » du patient tout en lui laissant le choix et l'autonomie financière serait le parcours de soins idéal. Les patients expriment leur désir d'un accueil organisé et bienveillant, répondant à leurs besoins, qui leur permettrait de vivre au mieux leur transition. Cette exigence que le patient ne centre que sur lui sans prendre en compte les contraintes médicales, sociales, financières et juridiques peut s'expliquer en partie par la souffrance qui a été la leur avant d'entamer leur transition. Ils souhaitent à ce moment être pris en charge et soulagés au maximum le plus rapidement possible.

10) Que souhaiteriez-vous dans votre parcours de soins que vous ne trouvez pas actuellement ?

1) Le problème c'est l'argent, si j'avais l'argent je ferais tout aujourd'hui. 2) Je m'en faisais tout un truc et en vérité tout se passe merveilleusement bien. 3) Il n'y a pas de suivi psychologique ou quoi que ce soit, je trouve ça vraiment lamentable ; vous pouvez téléphoner une dizaine de fois, on vous répondra pas. 4) J'ai beau chercher, j'ai tout ce qu'il faut ; tout va bien. 5) Rien. 6) En fait il n'y a pas assez de renseignements. Quelqu'un qui ne connaît pas, qui veut se renseigner au début il est un peu perdu ; il faut faire la démarche soi-même, il n'y a pas beaucoup de documentation. 7) Je n'ai pas de problème financier donc j'ai pu me payer le laser, j'ai pu me payer l'épilation sans porter atteinte à mon train de vie ; je pense que dans certains cas il y a des transgenres qui auraient bien besoin de l'épilation et qui ne peuvent pas se la payer... La transition passe par l'image. 8) Il n'y a pas de réponse à mon problème... Connaître les bons médecins. 9) Je pense que si on ne

questionne pas les médecins il y a des choses qu'ils ne nous disent pas d'eux-mêmes ; comme ils ont tellement l'habitude d'avoir ce style de patients, ils ne font plus attention à passer certaines informations. 10) Des adresses de professionnels, que ce soit dans le parcours de transsexualisme, ou au niveau du parcours juridique ; que ce soit même des boutiques, par exemple chez le coiffeur tout simplement. 11) J'ai l'impression que les médecins ne comprennent rien, j'ai l'impression qu'ils n'ont pas la moindre idée de ce qu'on ressent... qu'ils soient touchés par notre maladie... on se bat assez comme ça dans la vie pour pas se battre avec les toubibs. 12) Pouvoir accéder rapidement à tous les médecins nécessaires à la transition. 13) Je trouve que la science n'a pas vraiment progressé dans ce domaine parce que quand je vois tous les écrits sur Internet ils se posent encore plein de questions, ils ont du mal à faire la part des choses... si la médecine n'a pas réussi à mettre au clair les choses là-dedans ça veut dire qu'ils ne savent pas. 14) Pour moi le truc le plus délicat c'est psychologiquement, c'est comment on va pouvoir gérer le regard social, au fur et à mesure. 15)... 16) Je trouve tout. 17) Je ne sais pas comment s'appellerait le médecin qui ferait cela, mais une éducation féminine, enfin ce qu'on apprend à une jeune fille. 18) La prise en charge des dépassements d'honoraires et la prise en charge pour la phalloplastie c'est surtout ça. 19) Un meilleur remboursement, une demande d'ALD plus rapide et là aussi c'est un peu la croix et la bannière parce que je suis à un peu plus de 50 euros d'hormones par mois et il faut mettre de l'argent de côté pour les futures opérations, ça sera peut-être pris en charge bientôt mais rien n'est sûr. 20)... 21) Peut-être plus de soutien psychologique.

Synthèse :

Quatre personnes soulignent le manque d'information, que ce soit au niveau général ou donné par les médecins : « *En fait il n'y a pas assez de renseignements* », « *Je pense que si on ne questionne pas les médecins il y a des choses qu'ils ne nous disent pas d'eux-mêmes* », « *Des adresses de professionnels, que ce soit dans le parcours de transsexualisme, ou au niveau du parcours juridique* » ;

Quatre personnes évoquent la question financière : « *Un meilleur remboursement* », « *Le problème c'est l'argent, si j'avais l'argent je ferais tout aujourd'hui* » ;

Trois personnes souhaiteraient plus de soutien psychologique : « *Pour moi le truc le plus délicat c'est psychologiquement* », « *Il n'y a pas de suivi psychologique* » ;

Trois personnes disent n'avoir aucun manque ;

Une personne souhaiterait un accès rapide aux soins ;

Une regrette le manque de compétence scientifique : « *Je trouve que la science n'a pas vraiment progressé dans ce domaine* » ;

Une demande de plus de compassion de la part des médecins : « *J'ai l'impression que les médecins ne comprennent rien, j'ai l'impression qu'ils n'ont pas la moindre idée de ce qu'on ressent* » ;

Une personne souhaiterait que l'on s'occupe de son éducation féminine : « *Je ne sais pas comment s'appellerait le médecin qui ferait cela, mais une éducation féminine, enfin ce qu'on apprend à une jeune fille* » ;

Une trouve qu'il lui manque tout ;

Deux personnes n'ont pas répondu à cette question qui s'est télescopée avec la précédente.

Le manque d'information est évoqué ; il fait écho à cette information recherchée principalement sur Internet comme nous l'avons noté lors des réponses obtenues à la question 8. Le besoin d'un soutien financier rappelle que le manque d'argent est un frein à l'autonomie de la personne dans la réalisation de son parcours de soins. Le manque de soutien psychologique est mis en rapport avec la difficulté du parcours. Enfin la multiplicité des réponses souligne que chaque parcours est différent et que les besoins ne sont pas les mêmes pour tous.

11) Rencontrez-vous des difficultés dans votre parcours médical ?

1) Oui le manque d'argent, sinon tout se passe bien. 2) *C'est vrai qu'au niveau prise en charge, il faut avoir de l'argent.* 3) Pas trop. 4) *Non, aucune.* 5) Non, au contraire beaucoup de bienveillance je trouve, beaucoup d'intérêt. 6) *Pour l'instant non.* 7) Non. 8) *Non si ce n'est que j'ai des doutes sur certains médecins comment faire le choix des chirurgiens, des plasticiens.* 9) Je trouve ça long maintenant, très long. 10) *Tout n'est pas très clair, il faut avoir la chance de tomber sur la bonne personne au bon moment, avec qui le courant passe bien et qui sait répondre à nos questions... parce que la psychiatre c'est à se demander si des fois elle connaît tout ce qu'il y a autour de la psychiatrie... voilà si je lui demande une adresse de dermato j'aurais bien aimé qu'elle me dise.* 11) Il y en a eu plein, genre ce gynéco... je lui ai dit au gynéco : « de toutes manières vous êtes pas le seul... vous êtes rien pour moi » hop je suis parti et puis voilà ; avec l'argent on fait un peu ce qu'on veut. 12) *Non j'attends l'ALD c'est tout.* 13) Non aucune... aucune au jour d'aujourd'hui. 14) *On n'entend parler de rien ; c'est Internet et le bouche à oreille.* 15) Au niveau administratif médical par rapport à la CPAM les différentes prises en charge... il y a certains aspects qui doivent être pris en charge par la sécu, qui ne le sont pas puisque la sécu considère que c'est des chirurgies esthétiques alors que malgré tout moi je considère, alors c'est peut-être mon propre ressenti, mais je pense que ce sont des chirurgies de féminisation faciale. 16) *Aucune.* 17) Non heu parce que pour l'instant j'ai assez d'argent et que je ne suis pas tombé sur des médecins revêches. 18) *Oui par exemple, un chirurgien, y en a un qui est très bon*

mais je ne peux pas la financer et donc j'ai été chez quelqu'un de moins bon, parce qu'il faut des sommes que je n'ai pas... J'aimerais bien avoir ma vie, j'ai fait une demande de HLM et puis trouver un emploi alors que sur mon CV c'est encore féminin et qu'au tribunal ils ne veulent pas le changer parce que ce n'est pas mixte alors il y a discrimination au travail. 19) Pour l'instant non aucune. 20) Pour l'instant je ne crois pas. 21) Pas vraiment ça c'est globalement bien passé, assez vite d'ailleurs.

Synthèse :

Treize personnes disent ne pas rencontrer de difficulté. Une d'entre elles se demande si elle a choisi les bons praticiens : « *Non si ce n'est que j'ai des doutes sur certains médecins comment faire le choix des chirurgiens, des plasticiens* ». Une autre souligne qu'elle attend la prise en charge à 100% de ses soins : « *Non j'attends l'ALD c'est tout* ».

Quatre personnes évoquent des difficultés financières. Une d'entre elle y ajoute des difficultés d'ordre social : « *sur mon CV c'est encore féminin et qu'au tribunal ils ne veulent pas le changer parce que ce n'est pas mixte alors il y a discrimination au travail* ».

Deux personnes citent le manque d'information.

Une trouve la durée du parcours de soins trop longue.

Une personne cite une mauvaise entente avec un médecin, réglée grâce à son autonomie financière : « *Je lui ai dit au gynéco - de toutes manières vous n'êtes pas le seul... vous n'êtes rien pour moi - hop je suis parti et puis voilà ; avec l'argent on fait un peu ce qu'on veut* ».

Étonnamment le parcours médical ne semble pas poser de difficulté pour plus de la moitié des personnes, compte tenu des manques exprimés dans les questions précédentes. Le fait que les personnes qui ont participé à ces entretiens ont pour la très grande majorité organisé leur parcours elles-mêmes hors des équipes hospitalières explique peut-être cette réponse. La liberté du choix des praticiens et de l'organisation des consultations les amène à relativiser les difficultés rencontrées.

Le manque d'argent est le problème le plus cité directement par quatre personnes, indirectement par deux autres.

Le manque d'information revient ici comme une difficulté dans le parcours.

12) Envisagez-vous une chirurgie de réassignation ? Si oui où se fera-t-elle ? Pourquoi ?

1) Si je la fais c'est soit en Thaïlande soit au Canada... En Thaïlande ils ont de l'expérience ça fait des années... En France c'est des bouchers ; je veux dire, une réassignation sexuelle c'est pas pour avoir un semblant de sexe de femme , je veux un véritable sexe de femme, avec lequel je peux prendre du plaisir... en Thaïlande c'est ce qu'ils font ; au Canada c'est ce qu'ils font aussi, en France ils ne savent pas. 2) Ça sera le 1^{er} mars 2010... J'ai décidé d'aller en Thaïlande parce que c'est ce qu'il y a de mieux à l'heure actuelle. 3) Oui. À l'Hôpital Saint-Louis à Paris parce que c'est le protocole parisien tout simplement. 4) Oui peut-être... Là où il y a le meilleur résultat je me renseignerai avant, par exemple la Thaïlande, la Belgique est un tout petit peu moins bien, d'après ce que j'ai pu voir sur Internet si vous voulez, maintenant je veux être certaine du résultat. 5) Oui, parce que je veux réellement changer d'état civil... la réassignation se fera en Belgique, c'est mon endocrinologue qui m'a suggéré d'éviter pour l'instant la Thaïlande du fait de l'instabilité politique. En France je ne sais pas si c'est faisable en fait, du fait que je suis partie dans un circuit parallèle, sinon je le ferai en France. 6) Pour être totalement femme parce que je ne me vois pas du tout en étant juste hormonée seins et sexe d'homme ça me convient pas et puis parce que je suis une femme, je suis une femme... J'espère en Thaïlande, apparemment c'est le mieux. 7) Pour le moment non. C'est une vaste question ; s'il y a des actes de chirurgie que j'envisage la réassignation n'est pas le premier. 8) Oui, ça sera en tout dernier je pense en Europe, je ne sais pas, j'entends beaucoup de commentaires j'en parle beaucoup c'est vraiment une grande question que je me pose. 9) Déjà un début de réassignation (phalloplastie en cours) en France. 10) Bien sûr... Très bonne question, très bonne question, on verra les finances à ce moment-là, peut-être en France si je n'ai pas les moyens, sinon de préférence en Thaïlande. 11) Voilà en fait à Foch ce qu'on m'a fait c'est la verge... je suis tombé sur quelqu'un de super sympa (*chirurgien*) non vraiment super sympa et puis voilà ; si X (*le chirurgien*) n'avait pas été sympa je partais, j'avais des adresses en Suisse, en Belgique. 12) Oui... Québec et Thaïlande c'est les deux endroits qui m'étaient favoris, d'après tout ce que j'avais pu lire partout et voir, et maintenant il paraît que sur Lyon il y a une équipe qui le fait correctement. Pourquoi je le fais pas en France ? Parce que vu ce que j'entends par la sécu, qu'ils allaient même finir par rembourser les opérations faites à l'étranger tellement les opérations faites en France sont mal faites. 13) Bien sûr... le 30 mars 2011 je la ferai à Bangkok parce que c'est le meilleur au monde et y a pas ça en France. 14) La chirurgie de réassignation sexuelle pour moi c'est un point d'interrogation parce que c'est tellement violent que j'ai un peu de mal à intégrer le truc. 15) Oui... en Thaïlande c'est réputé ils sont les meilleurs. 16) Au niveau du sexe c'est une opération qui me fait très peur

et pour l'instant qui n'est pas une urgence pour moi, ce n'est pas l'essentiel. 17) J'aimerais le faire le plus rapidement, enfin deux ans, le plus raisonnablement rapidement pour être en totale harmonie on va dire. 18) Oui en Suisse ; en France c'est vraiment pas au point et comme c'est quelque chose d'important, ce n'est pas rien quand même c'est l'individu autant que ce soit bien fait sinon il vaut mieux ne pas le faire ; la mastectomie je l'ai faite en France ça a été bien fait. 19) J'envisage l'opération de réassignation, je ne me conçois pas sans... Thaïlande, c'est catégorique. 20) Oui... Ça m'arrangerait beaucoup que ce soit en France avec toute l'équipe c'est à 10 mn de chez moi, à 10 mn de la famille, protocole de remboursement c'est automatique j'ai rien à faire, bon maintenant il faut savoir ce qui est vrai, ce qui est faux, qu'est-ce qui est exagéré, qu'est-ce qui est raisonnable dans tout ça quoi. 21) La chirurgie c'est fait... en France.

Synthèse :

Dix-sept personnes souhaitent, ou ont déjà fait, une opération de réassignation ;
Quatre personnes ne le souhaitent pas pour l'instant ; deux d'entre elles hésitent compte tenu de l'importance de l'acte et du résultat obtenu : « *maintenant je veux être certaine du résultat* », « *c'est tellement violent que j'ai un peu de mal à intégrer le truc* » ;
Treize personnes expriment leur désir de se faire opérer à l'étranger pour la qualité des résultats obtenus : « *ce n'est pas rien quand même c'est l'individu autant que ce soit bien fait sinon il ne vaut mieux pas le faire* », « *En France c'est des bouchers* » ;
Quatre personnes ont fait, ou feront faire, leur réassignation sexuelle en France ; deux sont des personnes faisant leur transition dans le sens femme vers homme.

La plupart des personnes interrogées souhaitent faire une opération de réassignation sexuelle qui est l'aboutissement de leur parcours. C'est à ce prix qu'elles se sentiront en parfaite harmonie : « *pour être en totale harmonie on va dire* », « *Pour être totalement femme* », « *Oui, parce que je veux réellement changer d'état civil* ». Le désir d'aller jusqu'à la réassignation n'a pas été un critère de sélection des patients participant à notre étude. Pourtant ce résultat est contredit par l'étude publiée par Alain Giami¹²², qui note que la majorité des personnes transsexuelles ne souhaitent pas aller jusqu'à l'opération de réassignation. Le fait que les patients qui ont participé à nos entretiens soient fortement impliqués dans le parcours médical, ainsi que la différence du nombre de réponses étudiées à cette question (plus de 300 réponses pour l'étude de Alain Giami) explique cette différence.

¹²² GIAMI A., BEAUBATIE E., LE BAIL J., *Caractéristiques sociodémographiques, études sur le genre, parcours de transition médicopsychologique et VIH/sida dans la population trans*. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010 BEH42, nov 2011, p. 433-437

Le point important est le lieu de l'intervention ; le choix des personnes se porte sur l'étranger pour des raisons de compétences chirurgicales. La Thaïlande, très souvent citée, promet une chirurgie qui satisfait autant le côté esthétique que fonctionnel et sensitif. Il peut sembler légitime de choisir pour une intervention de cette importance le chirurgien le plus compétent. Reste la question de l'évaluation de cette compétence ; les informations sont souvent transmises par les associations, les forums et Internet où beaucoup de rumeurs se mêlent à des informations réelles. Enfin ce choix onéreux, car la prise en charge des actes faits en Thaïlande n'est quasiment jamais accordée, souligne bien ce paradoxe entre désir d'une prise en charge globale et organisée des actes médicaux et désir d'une liberté totale dans le choix de son parcours de soins.

13) Quel praticien vous a aidé dans l'élaboration du diagnostic de transsexualité ?

1) Ben ça a été un peu difficile ; j'ai eu un accident de travail et le médecin m'a soigné puis il m'a revu 15 jours après et il m'a dit « écoutez monsieur S. vous êtes bien physiquement mais je sens quelque chose d'autre »... Et puis d'un seul coup c'est parti brrr, j'ai déroulé, j'ai tiré sur le fil de la pelote. 2) Il y a une clinique psychiatrique qui est installée à côté de chez moi, donc je suis allé voir un psychiatre, une femme, et pendant presque un an elle m'a suivi ; mais ce qu'il faut savoir c'est qu'elle ne me suivait pas pour le syndrome ; elle me suivait parce que je n'allais pas bien ; c'est surtout par rapport à cet aspect colérique qui s'échappait de moi... à un moment y'a ce truc qui vous travaille, qui vous travaille, qui fait monter la pression puis à un moment ça pète. 3) Aucun, aucun. 4) Toute seule. 5) C'est plutôt l'endocrinologue, il a suffi que je parle et tout de suite il a compris la réalité de mon choix, il a tout de suite cherché à m'aider en intervenant auprès du psychiatre pour qu'il me prenne rapidement. Parce qu'en fait mon médecin traitant même si elle était bienveillante elle n'avait pas l'expérience ; elle était plus à mon écoute, elle découvrait avec moi. 6) Franchement en fait il n'y en a pas puisque je le savais déjà. 7) J'ai plus avancé dans la thérapie avec mon généraliste qu'avec le psychiatre. 8) Dans le diagnostic ? Non. 9) La psychiatre ; c'est même un réconfort par rapport à se dire : « c'est bien ce que j'avais pensé et c'est pas une idée que je me fais ». 10) Pour moi c'était déjà acquis, mais le fait que ce soit validé par le psychiatre de dire « c'est ça ». 11) J'étais enfermé en psychiatrie c'est-à-dire attaché, camisole de force et tout... je voulais tellement tout casser... je me rappelle que j'ai vu cette dame (*psychiatre*), j'ai un flou total je sais pas si elle était blonde si elle était brune, elle avait un certain âge, je ne l'ai pas laissée parler je me suis juste dessapé, alors que moi je suis assez pudique et je lui ai juste montré mon torse et je lui ai dit : « mon problème c'est ça » après elle m'a dit : « mais ça, ça va s'arranger » elle savait ce que j'avais. 12) Le psychiatre mais déjà avant, j'en avais déjà parlé dans la famille. 13) Personne ne m'a aidé. 14) Pour moi je dirais que la pierre angulaire c'est tout de même le psychiatre,

parce que sans ça j'ai un peu de mal à savoir comment on peut se dire : « j'ai ce problème-là ». 15) Finalement le psychologue heu le psychiatre puisque c'est lui qui dès le premier entretien a rempli un certificat disant que j'étais bel et bien transsexuel ; il a validé mon ressenti, quelque part il m'a convaincu dans mes certitudes, voilà. 16) *Aucun parce que ça vient... c'est tout à fait naturel mais je pense que quand on envisage ce genre de transition c'est que c'est en soi, on n'envisage pas ça par fantaisie ou par mode ou quoi que ce soit ; c'est tellement lourd que ça vient, que c'est en soi.* 17) Je pense que c'est le psychiatre enfin il y en a eu deux ; il me laissait parler il me posait des questions banales « comment allez-vous ? », des fois ça m'exaspérait un peu, mais finalement un jour j'ai fini par dire au psychiatre « bon, je sais que je le suis, ça sert à rien de tourner en rond il va falloir juste que je l'accepte ». 18) *Le psychiatre, il m'a dit « racontez-moi un peu ce qui vous amène » et je lui ai raconté ; franchement je ne me sens pas seul, il y a des vrais transsexuels, il a validé.* 19) Le psy. 20) *Je crois que jamais personne ne m'a dit « vous êtes transsexuelle », si tant est que ça veuille dire quelque chose... À aucun moment on ne m'a dit : « vous l'êtes ou vous ne l'êtes pas ».* 21) Aucun.

Synthèse :

Huit personnes disent ne pas avoir été aidées par un professionnel de santé : « *Franchement en fait il n'y en a pas puisque je le savais déjà* » ;

Trois citent le psychiatre comme l'auteur du diagnostic : « *Pour moi je dirais que la pierre angulaire c'est tout de même le psychiatre, parce que sans ça j'ai un peu de mal à savoir comment on peut se dire : j'ai ce problème-là* » ;

Sept estiment que le psychiatre les a aidés à valider leur propre diagnostic : « *Le psychiatre ... il m'a dit « racontez-moi un peu ce qui vous amène » et je lui ai raconté ; franchement je ne me sens pas seul, il y a des vrais transsexuels ... il a validé* » ;

Deux ont été aidées par leur généraliste : « *j'ai plus avancé dans la thérapie avec mon généraliste qu'avec le psychiatre* » ;

Une a été aidée par son endocrinologue : « *C'est plutôt l'endocrinologue, parce qu'il a suffi que je parle et tout de suite il a compris la réalité de mon choix* ».

Si le psychiatre n'est l'auteur du diagnostic que pour trois personnes, la place du professionnel de santé est importante. Il permet à la personne Trans par son écoute et le dialogue de valider son ressenti. Le psychiatre est alors considéré comme un psychologue permettant au patient de se déterminer et en validant sa parole. Trois personnes ont attribué ce rôle à des médecins non psychiatres.

Les réponses à cette question complètent celles obtenues à la question 2. Il s'agit en général d'un autodiagnostic mais celui-ci nécessite une validation. Cette validation revient au professionnel de santé.

14) Votre médecin traitant vous suit-il dans votre parcours ?

1) Oui... C'est lui qui m'a permis d'obtenir l'ALD, j'ai de très bons rapports... je pense que je suis la première personne Trans qu'il rencontre, mais vraiment il est très humain, il m'a pas jugé et j'ai trouvé ça très agréable. 2) Oui ! J'ai même changé pour prendre un médecin qui habite juste à côté de chez moi... J'ai quelqu'un qui est énormément à mon écoute, j'ai une chance énorme. 3) Pas vraiment, c'est lui qui a rempli la demande d'ALD c'est tout. 4) Non j'ai commencé vraiment le jour où il est parti en retraite... Non il ne m'a jamais posé la question ; je me suis dit « aller voir un endocrinologue ça serait préférable ». 5) Moi je la tiens au courant, elle n'a pas forcément toutes les informations mais je lui communique tout. Je l'aide à avoir une idée globale ; c'est arrivé qu'un cabinet médical l'appelle elle pour lui demander des informations, c'est pour ça que je la tiens bien au courant. 6) Non pas tellement en fait, j'y vais plus pour prendre les hormones c'est tout, c'est juste pour les médicaments. 7) Oui, je lui envoie copie de tous mes bilans sanguins, et en général je le tiens au courant des diverses étapes. 8) Oui. 9) Oui je lui donne les infos y a pas de souci... C'est pas centralisé en fait, il a les infos il suit mon parcours avec mon traitement d'asthmatique en parallèle. 10) Oui pas quotidiennement... Personne ne centralise... je vais vraisemblablement aller la voir en fin d'après-midi parce que je vais refaire une demande d'entente préalable pour l'épilation... donc je vais aller la voir « bonjour madame... » elle est très gentille donc ça se passera très bien. 11) Ouais c'est moi qui lui explique, elle comprend rien, mais elle est super sympa, elle veut bien tout elle... elle centralise... elle est perdue... pourtant elle est pas vieille mais elle est perdue, elle connaît pas du tout ça moi je lui apprends des choses, je sais, je lui apprends ça la fait bien marrer. 12) Oui... mais c'est vrai que j'ai eu du mal avec mon médecin traitant, j'avais peur de sa réaction... c'est moi qui gère mon dossier. 13) Je n'ai pas de médecin traitant parce que je ne suis jamais malade, j'ai donc pris un endocrinologue comme médecin référent parce que je lui ai tout raconté. 14) Non mais il est au courant parce que c'est lui qui a fait le dossier pour l'ALD... il ne connaît rien en fait, je suis la première personne qui a cette problématique-là alors il ne sait pas trop. 15) Oui mais de très loin parce que c'est lui qui a fait le protocole ALD ; c'est lui qui est chargé de chapeauter l'ensemble des opérations donc j'imagine qu'il doit avoir un compte rendu. 16) Oui. 17) Ben en fait elle a juste envoyé les lettres, et elle a lu la lettre du psychiatre pour savoir ce qu'il y avait à mettre... le problème c'est qu'elle va bientôt partir en retraite elle est déjà à mi-temps. 18) Oui aussi oui il est très gentil il me connaît depuis tout petit il est bienveillant j'étais dans la même classe que sa fille... c'est lui qui a fait la

demande d'ALD. 19) En fait j'ai fait une demande de médecin traitant pour mon endocrinologue pour qu'elle puisse faire la demande d'ALD. 20) Non je n'aime pas les médecins traitants j'ai un problème avec le mien. 21) Oui et pour la demande d'ALD forcément on passe par le médecin traitant, donc il a fallu que je lui en parle mais c'était pas une démarche naturelle on va dire, il fallait que je passe par lui, mais bon il me suit de très loin.

Synthèse :

Treize personnes disent être suivies par leur médecin traitant dans cette démarche ou au moins l'informer des actes médicaux relatifs à leur parcours.

Cinq personnes estiment qu'il n'a rien à voir dans ce parcours.

Trois personnes émettent un avis mitigé quant à son rôle.

Bien que les réponses à cette question montrent que les personnes Trans souhaitent en général informer leur médecin traitant, il n'est pas perçu comme intervenant dans ce parcours médical.

Son implication concerne la demande d'ALD qui doit obligatoirement être faite par le médecin traitant : «... pour la demande d'ALD forcément on passe par le médecin traitant, donc il a fallu que je lui en parle mais c'était pas une démarche naturelle », «... de très loin parce que c'est lui qui a fait le protocole ALD », «... c'est lui qui a rempli la demande d'ALD c'est tout », «... il est au courant parce que c'est lui qui a fait le dossier pour l'ALD ».

Les personnes qui ne souhaitent pas informer leur médecin généraliste ou qui n'en ont pas désignent souvent leur endocrinologue comme médecin traitant : « Je n'ai pas de médecin traitant parce que je ne suis jamais malade, j'ai donc pris l'endocrinologue comme médecin référent parce que je lui ai tout raconté ».

15) Quelles sont les qualités que vous attendez des médecins qui vous reçoivent ? Par ordre d'importance : compétence, information, bienveillance, disponibilité

1)... 2)... 3) Compétence, bienveillance, disponibilité et information. 4) C'est vrai qu'elles sont toutes importantes ; évidemment la compétence c'est la première des choses, après bienveillance évidemment, information quand on est... Il faut toujours se débrouiller quand même, enfin c'est vrai que c'est bien pratique, c'est vrai que j'ai rencontré de telles qualités dans le corps médical que j'ai fréquenté, donc soit j'ai eu beaucoup de chance. 5) Bienveillance, compétence, disponibilité, information. 6) Information, bienveillance, compétence, disponibilité. 7) Qu'ils soient humains. Bienveillance, compétence, ensuite l'information, la disponibilité ma foi heu... J'ouvre une parenthèse parce que j'ai beaucoup d'amies qui ont été voir des généralistes, des médecins, et qui se sont fait traiter de folles et

qui se sont fait renvoyer dans leur 22 quoi, ou vraiment traiter comme des merdes si je puis dire ; de la part de médecins je trouve ça inadmissible. 8) Toutes les 4 sont vraiment très importantes ; compétence, information, bienveillance, disponibilité. 9) Compétence, bienveillance, disponibilité ça dépend des médecins en fait, info en dernier. 10) Compétence, information, à la limite c'est « compétinformation », disponibilité, bienveillance. 11) Compétence, disponibilité on va dire, information, bienveillance. 12) Compétence, information, disponibilité, bienveillance. 13) Compétence au moins, bienveillance, information et disponibilité. 14) Compétence, bienveillance, disponibilité, information. 15) En un je dirais bienveillance, en deux compétence, en trois disponibilité, en quatre information ; après c'est personnel parce que information, je pense que je suis suffisamment bien renseigné. 16) Bienveillance, ensuite compétence, ensuite information, ensuite disponibilité. 17) Compétence, bienveillance, information, disponibilité. 18) Compétence, bienveillance, information et disponibilité. 19) Tout est important ; compétence parce que j'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de professionnels compétents dans ce domaine, bienveillance, disponibilité, information ; il faut faire attention aux informations mais on peut toujours les trouver par d'autres biais même s'il faut aussi vérifier, bien sûr. 20) Compétence, la disponibilité en France ça fait longtemps qu'on a fait une croix dessus, l'information en deux, la bienveillance et enfin la disponibilité ça y est on est habitué c'est plus très important maintenant. 21) Disponibilité ça c'est sûr, l'information, par contre ça m'a peut-être un petit peu manqué l'information, je rame par moments, les médecins sont un petit peu dans leur monde ils ne s'imaginent pas que nous on n'accède pas aussi facilement qu'eux à toutes leurs informations, pour eux c'est naturel donc c'est pas toujours facile de communiquer ; compétence et bienveillance.

Synthèse :

En première qualité : la compétence est citée 13 fois, la bienveillance 5 fois, la disponibilité 2 fois, l'information 2 fois.

En deuxième qualité : la bienveillance est citée 9 fois, la compétence 4 fois, l'information 4 fois, la disponibilité 1 fois.

En troisième qualité : la disponibilité est citée 8 fois, l'information 7 fois, la compétence 2 fois.

En quatrième qualité : La disponibilité est citée 8 fois, l'information 6 fois, la bienveillance 4 fois, la compétence 0 fois.

La compétence est la qualité la plus recherchée suivie par la bienveillance. La recherche de la compétence du praticien est logique dans toute démarche visant à trouver un praticien capable de prendre un patient en charge. La bienveillance complète cette action. La capacité d'information et la disponibilité sont secondaires. Le fait que la bienveillance soit

prépondérante sur l'information montre combien les personnes Trans recherchent l'écoute et la compréhension avant même l'information dont elles disent pourtant manquer.

16) Quelles sont les attitudes que vous avez appréciées chez les praticiens que vous avez rencontrés ?

1) Je suis la première personne Trans que mon généraliste a rencontré, mais vraiment très humain, très, il n'y a pas eu de souci, il ne m'a pas jugé et j'ai trouvé ça très agréable. 2) J'ai un généraliste qui est énormément à mon écoute, j'ai une chance énorme... Vous voyez quand je vais voir le psychiatre, la première chose qu'il me demande quand j'arrive c'est : « comment vous vous sentez ? » c'est la seule chose qui l'intéresse bien sûr après il s'est intéressé au syndrome pour essayer de comprendre, il m'a un jour donné son explication par rapport à ça, ce qui m'a aidé aussi à comprendre et on peut réfléchir mais la chose c'est l'accompagnement... Le but c'est de soulager la souffrance. 3) Qu'il n'y a pas eu d'insultes, chez la psychologue c'est sa gentillesse. 4) Peut-être la tolérance. 5) Essentiellement la bienveillance... Dans mon labo d'analyses médicales, et même au labo d'épilation j'ai un dossier au nom de madame ; donc là j'apprécie, la façon de ne pas me mettre mal à l'aise quand ils m'appellent. 6) Le fait qu'il n'y ait pas trop de jugement. 7) Le fait qu'ils ne portent pas de jugement. 8) Tout simplement ne pas porter d'opinion, l'aide au parcours, l'appui, le soutien, le soutien psychologique, moral, par exemple je vous apprécie beaucoup parce que vous m'encouragez beaucoup. 9) Qu'on ne m'ait pas vu comme une chose. 10) Particulièrement chez certains leur information, leur écoute. 11) J'ai l'impression que ma psychiatre s'investit, qu'elle a de la compassion pour nous, qu'elle aimerait certainement nous aider le plus qu'elle peut. 12) La compréhension qu'ils ont eue de mon cas quand je leur ai expliqué mon parcours depuis l'âge de 4-5 ans. 13) C'est une très grande compréhension. 14) Le psychiatre que je vois m'a parlé plusieurs fois au féminin en fait, même la première fois à la fin de la séance, il m'a demandé mon prénom féminin, même moi j'y croyais pas je suis reparti de chez lui tout content qu'on me prenne au sérieux. 15) Le fait qu'on nous conjugue dans le genre de notre souhait. 16) La courtoisie... Le fait qu'on nous appelle madame ou mademoiselle voilà ; le fait qu'il y ait une cohérence entre l'apparence et le vocabulaire et ça c'est plaisant ; ensuite la bienveillance c'est très important, il faut quand même qu'on se sente rassuré qu'on ne soit pas pris pour des guignols quelque part. 17) C'est qu'ils sont à l'écoute. 18) Ils sont compétents, ils sont dans le secret professionnel, ils sont chaleureux, vraiment je suis étonné mais dans le bon sens. 19) Le fait que ça ne les dérangeait pas, enfin en apparence en tout cas, que c'était ma vie privée, que c'était mon choix, enfin c'est pas tout à fait un choix mais ça c'est une autre question. 20) C'est de pouvoir parler de manière scientifique avec eux... C'est d'avoir une démarche, juste de pas avoir besoin d'être dans le discours ; ce que j'ai le plus apprécié c'est d'avoir pu partager ma

démarche. 21) De me considérer comme un malade adulte on va dire comme quelqu'un qui est responsable.

Synthèse :

Treize personnes mettent en avant la bienveillance et l'écoute qu'ils ont rencontrées, le côté humain de leurs praticiens : « *J'ai un généraliste qui est énormément à mon écoute, j'ai une chance énorme* », « *Essentiellement la bienveillance* », « *Qu'on ne m'ait pas vu comme une chose* », « *Ce que j'ai le plus apprécié c'est d'avoir pu partager ma démarche* » ; le fait que les professionnels de santé les appellent dans leur genre désiré est pour les personnes Trans un marqueur de cette bienveillance : « *Le fait qu'on nous appelle madame ou mademoiselle* », « *le psychiatre que je vois m'a parlé plusieurs fois au féminin* ».

Six personnes apprécient qu'il n'y ait pas eu de jugement à l'égard de leur démarche : « *il ne m'a pas jugé et j'ai trouvé ça très agréable* », « *Le fait qu'ils ne portent pas de jugement* ».

Trois personnes ont apprécié que leur démarche soit prise au sérieux : « *je suis reparti de chez lui tout content qu'on me prenne au sérieux* ».

Une personne a été satisfaite de ne pas avoir été maltraitée : « *il n'y a pas eu d'insultes* ».

Une personne a évoqué l'investissement du praticien.

Une personne a apprécié la compétence du médecin.

Une personne a apprécié l'information qui lui a été donnée.

La prise en considération de la personne, le respect de la dignité et la capacité à ne pas juger sont les attitudes qui sont le plus appréciées. Elles sont évoquées comme ayant une grande importance par les personnes Trans qui se sentent encore trop souvent jugées ou méprisées dans leur vie quotidienne.

17) Y a-t-il eu des remarques ou des attitudes qui vous ont choqués de la part des cliniciens que vous avez rencontrés?

1) Non. 2) À l'hôpital, avec le psychiatre j'ai l'impression qu'on a tout fait pour me décourager, qu'on n'était pas là forcément pour vous aider. 3) Le médecin qui m'a dit que je n'avais rien de spécial sauf que j'étais bête, très bête, j'ai fait « bon je le sais, moi que j'ai un petit QI voire un petit cui cui » bon c'est pas la peine de le dire quand même et d'insister dessus. Une petite phrase qui m'est aussi restée célèbre c'est « nous ne sommes pas des guignols », c'est vrai « nous ne sommes pas des guignols parce qu'à la fin du parcours vous ne riez pas » ah oui, on sert les dents. 4) Non. 5) Le premier psychiatre que j'ai rencontré c'est le seul qui a eu des remarques, je sais plus exactement ce qu'il a dit, mais l'esprit c'était vous avez attendu pour vouloir changer, vous pouvez attendre encore 20 ans. 6) À la médecine du travail, le médecin ne comprenait pas, pour elle transsexuel c'était être

homosexuel. 7) Non. 8) Un médecin est parti sur des jugements concernant ma vie privée, ma vie matrimoniale, sur ce qui devrait être et ce n'était pas des conseils tellement à jour. 9) Quand c'était bref « non je m'occupe pas de ça, c'est pas dans mon éthique faut voir autre part ». 10) Au début j'étais parti pour aller à l'hôpital Sainte-Anne jusqu'à ce qu'une semaine avant je reçoive un coup de téléphone et qu'on me dise « comment ça se fait que vous ayez un rendez-vous, ça ne se fait pas comme ça, il faut que vous nous envoyiez un CV et une lettre de motivation » donc j'ai dit c'est hors de question, je n'ai pas besoin de faire une lettre de motivation et encore moins un CV pour entamer ce parcours. 11) La phrase exacte je m'en souviens pas mais « toi t'as un problème tu vas rester là »... maintenant, ils n'osent pas trop parce qu'ils voient tout de suite que j'ai un sale caractère et que je n'ai pas envie de me laisser faire et que j'en ai marre maintenant. 12) Celle de ma cousine c'est la seule ; ma cousine qui est médecin n'a pas apprécié que j'aie fait une demande d'ALD, elle m'a dit : « moi j'ai des vrais malades, de vraies maladies, j'arrive même pas à avoir l'ALD pour eux ». 13) Quand on m'appelle « Monsieur », le médecin vous rappelle à la réalité de ce que vous êtes toujours. 14) Dans une pharmacie, j'y vais pour l'Androcure¹²³ et pour les œstrogènes, je donne ça au pharmacien, il va voir son pote, il donne l'ordonnance et le gars il fait dans son coin : « ici on donne de l'Androcure mais on ne fait pas des psychothérapies ». 15) Non. 16) Les attitudes c'est toujours la même chose je pense, c'est quand vous êtes dans une salle d'attente avec du monde, que le praticien vient et que « monsieur Untel venez »... quelque part parce qu'on se demande s'ils ont l'habitude de traiter avec des gens comme nous. 17) Non. 18) Une fois j'avais attrapé un petit truc, la dame était choquée par moi elle m'a dit « j'aimerais bien que vous passiez des examens approfondis de testostérone vous me paraissez pas assez androgyne pour une fille ». 19) À part une psychiatre, c'était son comportement général, l'impression d'indifférence totale et quand je lui en parlais elle levait les yeux au ciel, des trucs comme ça, elle m'a jamais dit ce qu'elle en pensait mais ça se voyait légèrement. 20) Avec l'endocrinologue, mais c'était peut-être parce qu'au début je l'avais trouvée très dure, j'avais l'impression d'être un steak haché, parce qu'elle m'avait fait me déshabiller pour m'ausculter entièrement, c'était très expéditif. 21) Sur le moment oui ; le psy des fois il m'a secoué ; sur le coup je réagissais, mais après coup je prenais du recul j'ai compris que c'était un test.

¹²³ Androcure : traitement hormonal prescrit aux personnes Trans pour leur féminisation.

Synthèse :

Cinq personnes n'ont pas rencontré d'attitudes choquantes.

Cinq personnes se sont senties agressées par l'attitude de psychiatre qu'elles ont rencontré : *« J'ai l'impression qu'on a tout fait pour me décourager, qu'on n'était pas là forcément pour vous aider », « ... il faut que vous nous envoyiez un CV et une lettre de motivation, donc j'ai dit c'est hors de question, je n'ai pas besoin de faire une lettre de motivation et encore moins un CV pour entamer ce parcours », « l'impression d'indifférence totale et quand je lui en parlais elle levait les yeux au ciel ».*

Cinq personnes ont été victimes d'agressions verbales : *« Le médecin qui m'a dit que je n'avais rien de spécial sauf que j'étais bête, très bête », « Le premier psychiatre que j'ai rencontré c'est le seul qui a eu des remarques, je sais plus exactement ce qu'il a dit, mais l'esprit c'était vous avez attendu pour vouloir changer, vous pouvez attendre encore 20 ans », « Dans une pharmacie... Le gars il fait dans son coin : « Ici on donne de l'Androcure mais on ne fait pas des psychothérapies ».*

Trois personnes disent avoir été choquées par l'incompréhension de leur interlocuteur : *« ma cousine qui est médecin n'a pas apprécié que j'ai fait une demande d'ALD, elle m'a dit : « Moi j'ai des vrais malades, de vraies maladies, j'arrive même pas à avoir l'ALD pour eux ».*

Deux personnes ont été gênées par la non prise en compte de leur genre.

Une personne par le côté expéditif d'une consultation.

Une personne par un refus de soins : *« Quand c'était « non je m'occupe pas de ça, c'est pas dans mon éthique faut voir autre part ».*

En ce qui concerne le ressenti vis-à-vis de l'attitude du psychiatre, l'agression n'est pas toujours négative même si elle est ressentie comme telle ainsi que l'explique une personne interrogée : *« Sur le moment oui le psy des fois il m'a secoué sur le coup je réagissais, mais après coup je prenais du recul, j'ai compris que c'était un test ».* Les agressions verbales, par contre, montrent que les jugements moraux sont bien présents chez certains professionnels de santé, comme en témoigne aussi cette réaction d'incompréhension *« moi j'ai des vrais malades ».*

18) Avoir sorti la transsexualité des maladies psychiatriques vous semble-t-il logique ?

1) C'est une priorité, je ne vois même pas ce qu'on fait dans le dsm4... d'ailleurs le milieu psychiatrique ne nous comprend pas et ils ne peuvent s'appuyer que sur ce que nous on leur dit... les psychiatres ils vont juger sur quoi ?... c'est leur moralité qui va rentrer en compte, leur éducation judéo chrétienne. 2) Oui... j'ai rencontré à l'association des gens qui ont été

enfermés pour ça, je trouve ça inadmissible... on est dangereux pour personne... 3) Oui.

4) Bien sûr je suis capable de gérer mon entreprise... j'ai une vie sociale intégrée, donc on ne peut pas dire qu'il y a un problème psychiatrique... À côté de ça pour certaines patientes il faut quand même surveiller... je pense qu'une consultation chez le psychiatre ça serait pas mal... On peut tomber sur des gens atteints de schizophrénie. 5) Oui, oui ce n'est pas une maladie on est comme ça et puis voilà. 6) Oui bien sûr... on est très conscient de ce qu'on fait... on n'a pas de problème psychologique. 7) Oui... une maladie psychiatrique c'est une maladie qui peut pousser une personne à faire du mal à soi ou à faire du mal aux autres... Je n'ai jamais entendu dire qu'une transsexuelle ait fait du mal aux autres de par son état ... je pense qu'une personne qui fait un parcours de transition ne cherche pas à se faire du mal mais au contraire à s'épanouir. 8) Je pense que c'était une procédure administrative... oui ... c'est un problème social... je pense que notre société a imposé certaines règles. 9) Oui pour moi ce n'est pas un problème c'est ni dans la psycho ni dans la folie on est comme ça. 10) Oui et non, je n'ai pas d'avis défini là-dessus... Je pense que ça peut être malgré tout bien qu'on aille voir un médecin avant pour en parler, pour nous guider, nous ouvrir les yeux. 11) Ouais... y a pas longtemps... ça ne me fait rien moi. 12) Pour moi ce n'est pas une maladie psychiatrique... je ne trouvais pas normal que ce soit considéré comme une maladie psychiatrique. 13) C'est une évidence, on nous a tellement dit qu'on était fous... pour moi ce n'est pas de la folie. 14) J'aimerais en savoir plus en fait, j'aimerais que la psychanalyse avance dans ce domaine sérieusement, qu'ils arrêtent de faire des théories sur 15 personnes toutes les mêmes parce que peut-être que c'est quelque chose de psychiatrique que l'on peut changer. 15) Ben oui... on n'est pas des malades... le fait que j'ai été reçu la première fois dans quasiment un asile... ça fait bizarre. 16) Ça semble logique oui et non ... Est-ce que dans l'inconscient des gens on sera considérés comme des gens normaux ?... Moi ça me posait trop de problèmes d'être considéré comme un malade mental puisque je sais ce que je suis... c'est un premier pas mais il faut que ça décante. 17) C'est juste à terme pour éviter de rembourser, mais oui ça diminue notre marginalisation. 18) Oui c'est une grande avancée parce que je serais en asile psychiatrique si ça se trouve. 19) Je dirais oui mais après je ne saurais pas où le mettre vraiment... nous c'est pas très bien vu, accepté c'est tout juste et encore ça dépend du milieu et les gens voient ça plus comme une fantaisie que comme un besoin réel. 20) Ouais, en fait pour moi je trouve que c'est une super arnaque... c'est le débat qu'on peut se poser sur la question du mot maladie justement... on cherche à diminuer le remboursement. 21) La psychiatrie soigne les maladies mentales, moi j'ai pas l'impression de souffrir d'une maladie mentale, je souffre des conséquences psychiques d'une anomalie, je pense génétique.

Synthèse :

Dix-huit personnes répondent par l'affirmative à cette question, les justifications sont variées.

- Deux d'entre elles évoquent le fait qu'être transsexuelle n'est un danger ni pour elles ni pour autrui : « *Une maladie psychiatrique, c'est une maladie qui peut pousser une personne à faire du mal à soi ou à faire du mal aux autres... je n'ai jamais entendu dire qu'une transsexuelle ait fait du mal aux autres de par son état... je pense qu'une personne qui fait un parcours de transition ne cherche pas à se faire du mal mais au contraire à s'épanouir* », « *... J'ai rencontré à l'association des gens qui ont été enfermés pour ça, je trouve ça inadmissible, on est dangereux pour personne* ».
- Huit disent ne pas se sentir malades ou folles : « *Oui, pour moi ce n'est pas un problème c'est ni dans la psycho ni dans la folie on est comme ça* », « *on n'est pas des malades... le fait que j'ai été reçu la première fois dans quasiment un asile... ça fait bizarre* », « *On est très conscient de ce qu'on fait... on n'a pas de problème psychologique* ».
- Enfin, la bonne intégration sociale est aussi évoquée comme preuve d'une bonne santé mentale, le fait que la dé-psychiatisation diminue la marginalité.
- La question du remboursement des actes est abordée deux fois sous la forme d'une crainte de non prise en charge par la Sécurité sociale à l'avenir.

Deux personnes hésitent, l'une souhaiterait qu'il y ait plus de recherche dans ce domaine, notamment au niveau de la psychanalyse : « *J'aimerais en savoir plus en fait, j'aimerais que la psychanalyse avance dans ce domaine sérieusement, qu'ils arrêtent de faire des théories sur 15 personnes toutes les mêmes parce que peut-être que c'est quelque chose de psychiatrique que l'on peut changer* » ; l'autre n'a pas un avis défini : « *oui et non je n'ai pas d'avis défini là-dessus... je pense que ça peut être malgré tout bien qu'on aille voir un médecin avant pour en parler, pour nous guider, nous ouvrir les yeux* ».

Une personne n'a pas d'avis.

Aucune des personnes ne trouve cela illogique.

La grande majorité des personnes interrogées se dit satisfaite que la transsexualité ne soit plus prise en charge par l'ALD au titre de maladie psychiatrique, mais comme maladie rare. Cette demande de dé-psychiatisation est, pour les personnes Trans, une reconnaissance de leur capacité à être responsables de leurs actes, une reconnaissance de leur légitimité et une aide à leur intégration sociale.

19) Êtes-vous membre d'une association ? Pourquoi ?

1) Oui. 2) Alors je faisais partie de l'ASB mais je sais plus le nom de la nouvelle association ; l'association m'a énormément apporté, parce qu'elle m'a permis de trouver des gens compétents pour comprendre ce qu'on ressent et qui m'ont vraiment aidé. 3) Non peut-être par manque de conviction, puis faut savoir que les associations se bouffent toutes entre elles... Je n'ai jamais appartenu à quoi que ce soit ni aucune religion donc moi je reste sur mes positions à moi. 4) Non je n'en ai pas l'utilité c'est pour les gens qui ont des problèmes. 5) Je pense que c'est nécessaire d'être solidaire, c'est normal « vous m'avez aidé pendant cette période-là, vous me trouverez plus tard ». 6) Je fréquente de temps en temps une association mais je suis pas membre, c'est juste pour rencontrer d'autres Trans comme moi et savoir où elles en sont voilà, plus pour me confronter aux autres en fait. 7) J'y avais été un jour où je ne savais plus très bien où j'en étais, je voulais discuter avec des gens capables de comprendre et de m'orienter et me donner des conseils... Il y a une chose que je commence à découvrir depuis quelque temps c'est que chaque parcours est différent... C'est assez difficile de baser ses repères sur le parcours des autres personnes. 8) Oui, une association de Trans, pour m'informer et peut-être échanger avec d'autres filles. 9) Je ne me reconnais pas par rapport à l'étiquette médicale... Je pense que les associations c'est bien pour les gens qui se retrouvent dans cette éthique-là mais moi je ne suis pas homme je ne suis pas femme je suis comme ça voilà. 10) Je me suis inscrit à une association à laquelle j'ai été à un repas et à laquelle je ne suis jamais retourné, je n'ai pas du tout trouvé ce que je cherchais. 11) Oui, c'est enfin voir des gens qui sont nés comme moi ; ça, ça m'a beaucoup aidé de ne plus me sentir seul, de me dire : « merde ! je suis pas tout seul, mais oui c'est des E.T ! Il y en a un paquet ! ». 12) Oui plusieurs, pour rencontrer des gens. 13) De deux associations, d'abord pour me rapprocher des autres parce que le plus grand fléau pour les transsexuels c'est la solitude, maintenant pour participer de façon active parce que je veux aider à mon tour. 14) Pour pouvoir échanger avec des gens qui sont à différents stades du parcours et éventuellement pour moi d'acquérir des compétences dans ce domaine-là. 15) Oui, je suis membre par fidélité on va dire parce que je suis arrivé en septembre à Paris en garçon, j'avais besoin justement de certaines adresses... Et pourquoi pas chaperonner une nouvelle, enfin rendre la monnaie de la pièce. 16) Non, parce que pour moi c'était un peu des gens qui avaient des soucis, je suis bien entourée, j'ai des amis, je n'avais pas envie de me retrouver avec une aura qui fait assez dans le pathos, je ne voulais pas avoir une mauvaise image de moi. 17) Je suis juste une fois par mois aux réunions... Mais j'aimerais bien ensuite quand même aider les gens en début de parcours, l'auto acceptation ce n'est pas facile tout seul. 18) Non mais j'y vais de temps en temps, parce que je vois des gens comme moi, ça m'aide. 19) Même deux, pour l'écoute, la première association c'était surtout

ça et la deuxième c'est des réunions conviviales toutes les semaines et ça, ça m'aide beaucoup surtout que je ne sors pas beaucoup et que je suis très réservée, ça me permet de sortir très régulièrement et de faire des connaissances. 20) Non, pour la raison que je ne partage pas forcément leur point de vue qui est trop radical ; je trouve que la situation n'est pas du tout radicale, elle est très complexe et surtout parce que j'ai pas envie de me définir comme transsexuelle ; donc rejoindre les associations de transsexuelles c'est une « ghettoïsation ». 21) Oui, parce qu'au début il m'a semblé que c'était intéressant d'être en contact avec une association pour rencontrer des gens qui ont un vécu identique.

Synthèse :

Treize personnes sont membres d'une association trans ou en fréquentent une.

- Parmi elles neuf citent l'importance de rencontrer d'autres personnes dans le même cas : « *c'est enfin voir des gens qui sont nés comme moi ; ça, ça m'a beaucoup aidé de ne plus me sentir seul* », « *c'est juste pour rencontrer d'autres Trans comme moi et savoir où elles en sont voilà, plus pour me confronter aux autres en fait* », « *Pour pouvoir échanger avec des gens qui sont à différents stades du parcours* ». Échanger des informations est un point souligné par trois personnes. Enfin quatre personnes trouvent important de pouvoir, par le biais de l'association, apporter de l'aide à d'autres personnes Trans : « *Mais j'aimerais bien ensuite quand même aider les gens en début de parcours, l'auto acceptation ce n'est pas facile tout seul* », « *Et pourquoi pas chaperonner une nouvelle, enfin rendre la monnaie de la pièce* ».

Six personnes n'appartiennent pas à une association de personnes Trans.

- Quatre d'entre elles disent ne pas se reconnaître dans les personnes qui fréquentent ces associations : « *Je pense que les associations c'est bien pour les gens qui se retrouvent dans cette éthique-là mais moi je ne suis pas homme je ne suis pas femme je suis comme ça voilà* », « *Non je n'en ai pas l'utilité c'est pour les gens qui ont des problèmes* ».
- Deux redoutent la stigmatisation de leur état : « *rejoindre les associations de transsexuelles c'est une ghettoïsation* ».

Le besoin de se retrouver au sein d'une association et les motifs qui sont évoqués montrent que pour les personnes que nous avons interrogées il ne s'agit pas de militantisme. C'est la marque de leur vulnérabilité ; le besoin de se retrouver pour se reconforter, s'informer et s'entraider. Les personnes qui refusent d'adhérer à une association ne souhaitent pas être classifiées soit comme personnes Trans, soit comme personnes à problème.

20) Les informations concernant votre parcours ont-elles été suffisantes ? Si Non que vous a-t-il manqué ? Point de vue médical, juridique, psychologique, social.

1)... 2)... 3) Je n'ai pas eu beaucoup d'informations, les informations je les ai plutôt trouvées sur le Net... Je vais aller vers la mairie et demander l'aide juridique... La psychologue pas trop quand même, elle n'a pas tout compris. 4) **Oui je pense.** 5) Point de vue médical : en fait il y a eu des phases, ce n'est pas de l'angoisse c'est plutôt de l'anxiété, je ne savais pas à qui m'adresser, pour passer à telle ou telle étape. 6) **Je n'ai aucune info, au point de vue juridique j'ai rien du tout.** 7) Médical pas grand-chose au final, il y a d'excellents sites sur le Net... mon généraliste a assez vite botté en touche pour la partie hormonothérapie c'est normal ; pour le reste je n'ai pas eu de mauvaises informations. L'information juridique, c'est là où il y a un gros trou effectivement sur le Net ou même dans les associations, c'est difficile d'avoir des informations fiables vérifiables. 8) **Je suis allé vers de bons spécialistes ; sur les compétences, chacun a apporté dans son domaine ce que j'attendais... au point de vue juridique je n'ai pas encore touché le thème.** 9) Les parcours de la chirurgie ne sont pas assez détaillés je trouve. 10) **Je n'ai pas eu de souci particulier.** 11) Moi je n'ai eu aucune info ; moi, ça a tout été par Internet et les blogs que j'ai pu trouver. 12) **Je pense que oui.** 13) Tout ce qui touchait à l'opération n'est pas au point ; personne ne pouvait me dire comment ça allait se passer il n'y avait aucune garantie... en France on dirait que le manque de compétence des chirurgiens qui travaillent dans ce domaine-là doit être occulté dans une nébuleuse, un brouillard où moins on en dit mieux c'est. 14) **J'ai tout ce qu'il me faut comme informations... au point de vue social et professionnel j'ai quelques informations qui ne sont pas contradictoires mais ce sont des choses qui ne vont pas forcément dans le même sens en fait, je ne sais pas trop, forcément c'est l'inconnu.** 15) Non, pour moi les informations ont été suffisantes. Le seul point faible concerne la famille ; c'est-à-dire que pour nous finalement beaucoup de choses sont mises en place et pour la famille il y a peu de choses, il y a peu de soutien psychologique qui est mis en place pour les autres. 16) **Encore aujourd'hui j'en découvre tous les jours ; j'ai appris que je pouvais changer de prénom sur ma carte d'identité, ça je ne le savais pas du tout je pensais vraiment qu'il fallait que je me fasse opérer pour avoir tout ce qui s'en suit derrière.** 17) Je trouve ça assez limite au niveau de l'endocrinologue, j'aurais aimé qu'on me donne les indications, enfin les ressentis que je vais avoir. 18) **Non elles n'étaient pas suffisantes... l'ALD j'ai découvert par moi-même... Au point de vue juridique il y a des gros progrès à faire au niveau du changement de prénom... au point de vue social, rien, il a fallu tout découvrir.** 19) Pour l'instant c'est très bien. 20) **J'aimerais bien en avoir plus, c'est-à-dire qu'il y a énormément de rumeurs sur tout ce qui se passe avec l'équipe officielle et personne ne témoigne... au niveau social je ne suis pas du tout au courant comment ça se passe en fait.** 21) C'est surtout de la rétention d'information ;

pour la chirurgie j'ai pris rendez vous avec le chirurgien, le chirurgien m'a reçu, ils étaient plusieurs, ils m'ont mis sur le gril bien sûr, ils m'ont questionné et le chirurgien m'a dit « je vous mets en commission », pourquoi pas, mais je n'ai pas eu du tout d'information par rapport à cette commission qui allait décider oui ou non si j'allais être opérée.

Synthèse :

Treize personnes disent manquer d'information. Il s'agit en majorité d'informations pratiques au point de vue juridique et social ou qui concernent la recherche d'un praticien : *«L'information juridique, c'est là où il y a un gros trou effectivement sur le Net ou même dans les associations, c'est difficile d'avoir des informations fiables vérifiables », «Non elles n'étaient pas suffisantes, l'ALD j'ai découvert par moi-même », « Pour nous finalement beaucoup de choses sont mises en place et pour la famille il y a peu de choses ».* L'information technique quant à la chirurgie est évoquée : *«Tout ce qui touchait à l'opération n'est pas au point, personne ne pouvait me dire comment ça allait se passer », « Les parcours de la chirurgie ne sont pas assez détaillés je trouve ».*

Six personnes estiment être suffisamment informées ; l'une d'elles signale avoir des difficultés à déterminer les bonnes informations : *« j'ai quelques informations qui ne sont pas contradictoires mais ce sont des choses qui ne vont pas forcément dans le même sens en fait, je ne sais pas trop, forcément c'est l'inconnu ».*

Deux n'ont pas répondu à cette question.

Dans cette question qui étend l'information aux questions sociales et juridiques, les réponses montrent un réel déficit sur ces deux points. Par ailleurs les réponses données montrent bien, ici aussi, que ce sont les personnes elles-mêmes qui recherchent l'information par leurs propres moyens et que celle-ci n'est centralisée par aucun organisme.

21) Avez-vous entrepris des démarches juridiques ? Lesquelles ? Comment se passent-elles ?

1) Non pas encore. 2) Pas encore, parce que j'attends que mon opération soit faite pour commencer. 3) Je commence à faire... Je vais aller vers la mairie et demander l'aide juridique ; je sais où il y a une avocate. 4) Non, pas encore, je pense qu'il faut être opéré pour un changement d'identité. 5) Non pas encore, j'attends que l'opération soit faite. 6) Pas pour l'instant. 7) Non. 8) Sur le point de vue juridique je n'ai pas encore touché le thème. 9) J'ai eu le changement d'état civil dès l'hystérectomie ; j'ai vu l'avocat et après quelques mois, le temps qu'elle monte le dossier, après même pas en deux ou trois mois c'était fait. 10) Du tout. 11) Ça y est je suis passé, avec mon avocate on attend. 12) Non... Le changement d'état civil on en n'est pas encore là, pour l'instant c'est un peu compliqué. 13) Je me suis

renseignée, j'ai appris qu'il y a une loi parue en 2010 qui permet de faire une demande de changement d'identité avant même d'être opéré. 14) Pas encore. 15) Non. 16) Non pas encore... j'ai appris que je pouvais changer de prénom sur ma carte d'identité, ça je ne le savais pas du tout je pensais vraiment qu'il fallait que je me fasse opérer pour avoir tout ce qui s'en suit derrière, maintenant si je prends un avocat je peux changer de prénom donc c'est très bien comme ça c'est une bonne surprise. 17) J'ai le numéro d'un juriste pour changer de prénom et d'état civil après mais l'endocrinologue en a un autre, mais bon pour l'instant voilà j'ai un numéro... 18) Là le changement de prénom et ensuite je ferai l'état civil ; je ne fais pas les deux en même temps parce que ça prend un an et demi et pour travailler j'ai absolument besoin qu'on m'appelle par mon prénom de garçon. 19) Non... Il paraît que c'est la croix et la bannière mais je sais où trouver les informations. 20) Non... en fait je n'en suis pas là, je sais que ça dépend un peu du juge auquel on est rattaché et non à des critères objectifs, donc je sais que du côté juridique ce n'est pas la fête, c'est un peu le Moyen Âge. 21) Pas encore.

Synthèse :

Dix-sept personnes n'ont pas entamé de démarches quant à leur changement d'identité.

Une personne a déjà changé son état civil.

Trois personnes ont commencé les démarches.

La plupart des personnes Trans ne débutent les démarches juridiques qu'après leur opération de réassignation sexuelle. Peu sont informées qu'elles ont la possibilité de changer leur prénom dès le début de leur parcours, ou que l'intervention de réassignation n'est pas nécessaire au changement d'état civil dès lors que la personne a subi des modifications hormonales et corporelles irréversibles, comme en témoignent deux réponses : « *Je me suis renseignée j'ai appris qu'il y a une loi parue en 2010 qui permet de faire une demande de changement d'identité avant même d'être opéré* », « J'ai appris que je pouvais changer de prénom sur ma carte d'identité, ça je ne le savais pas du tout je pensais vraiment qu'il fallait que je me fasse opérer ».

22) Bénéficiez-vous, ou avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique/psychiatrique ?

1) Je pense qu'une personne qui se dit transsexuelle ou transgenre, je ne pense pas qu'elle ait besoin de voir un psychiatre... Les psychiatres ils vont juger sur quoi ? Sur ce qu'on leur dit ; et puis après c'est leur moralité qui rentre en compte, leur éducation judéo chrétienne.

2) Je suis toujours suivi psychologiquement par un psychiatre... C'est un choix, c'est une fois par mois.

3) Je vois la psychiatre demain, même si j'ai arrêté y a un peu plus d'un mois les antidépresseurs.

4) Non pas du tout, je n'en ai pas éprouvé le besoin.

5) C'est le psychiatre de mon travail qui me suit pour les aspects intégration sociale et puis mon médecin du travail, qui pour l'instant fait tout pour m'empêcher de reprendre mon travail, pour me préserver, je la crois... le psychiatre de la société trouve que je devrais faire plus un travail psychologique que psychiatrique, mais non je me sens bien.

6) Plusieurs mois, je ne sais pas on va dire presque un an.

7) Psychiatrique que j'ai commencé en même temps que le parcours hormonal ; non j'ai commencé avant parce que l'endocrinologue voulait avoir une lettre du psychiatre avant de commencer à me donner des hormones.

8) Le psychiatre ça devrait être tous les 15 jours, quoiqu'aujourd'hui ça fait plus d'un mois que je n'y suis pas allé, mais je n'ai pas ressenti le besoin.

9) Je n'ai plus de psy... Avant une fois ou deux fois par semaine... Je sais pas si on peut dire que ça m'a libéré de certaines choses, si ça m'a fait comprendre certaines choses par rapport à moi, je n'y pense plus... Je l'aurais fait quand même parce que c'est vraiment une pièce importante pour le dossier de la commission des médecins.

10) Je dirais qu'aujourd'hui de par ma rupture j'aurais besoin de voir une psychologue mais pas du tout pour traiter mon transsexualisme, c'est vrai que trouver une psychologue avec qui on pourrait malgré tout parler... c'est quand même lié un peu ; en général il y a très peu de psychologues qui abordent ce sujet-là ils sont très difficiles à trouver.

11) Moi je n'en sens pas le besoin mais bon il y en a peut-être qui en ont besoin.

12) J'ai commencé... il y a quand même des hauts et des bas, je vois avec l'Androcure que je prends, ça me cause des petits soucis, des sautes d'humeur, j'ai des hauts et des bas quoi, des petites déprimés par moments.

13) Je pense que ça a duré deux ans mais elle m'a donné de l'Androcure pour tenir.

14) J'ai commencé à voir des psy il y a 12 ans.

15) Le psychiatre une fois par mois... je vois mon psychiatre par nécessité parce que je sais que je dois justifier d'un suivi psychiatrique de deux ans et sans ça je ne pourrais pas prétendre à l'opération du sexe.

16) Le psychiatre c'est tous les 4-5 mois... voir un psy ça peut aider, une ou deux séances ça peut suffire pour vraiment faire le point.

17) Depuis un an environ, je voyais une psychologue deux fois par semaine... Ça m'a peut-être un peu apporté, on va dire de la confiance, rassuré, mais à la fin j'avais l'impression qu'on avait chacun notre camp, qu'on défendait nos positions.

18) Par un psychiatre depuis février 2010 une fois tous les deux mois.

19) Le psychiatre c'est tous les 15 jours... je ne peux pas dire que le psy m'a

apporté grand-chose... je pense que c'est quand même important d'en voir un parce que bon, il est censé être professionnel, il est censé s'y connaître un peu... je ne suis pas très bon psy mais j'ai rencontré d'autres personnes qui se disent Trans et ça me paraît pas toujours la bonne solution. 20) *Le psychiatre alors au début je le voyais une fois par mois, maintenant je le vois une fois tous les 4,5,6 mois juste histoire de lui faire un point... après j'ai un suivi psychologique, une psychothérapie c'est fortement conseillé, je sais que j'ai le choix de ne pas y aller... ça m'apporte beaucoup en fait.* 21) Après 45 ans j'ai suivi une psychothérapie... quand j'ai pris contact avec l'équipe de Bordeaux, j'ai tout de suite été prise en charge par le psy et ensuite par l'endocrinologue.

Synthèse :

Dix-sept personnes ont, ou ont eu, un suivi psychiatrique ou psychologique. Hormis trois personnes qui suivent cette consultation par obligation : « *Je vois mon psychiatre par nécessité parce que je sais que je dois justifier d'un suivi psychiatrique de deux ans et sans ça je ne pourrais pas prétendre à l'opération du sexe* », bon nombre de réponses montrent que le suivi psychiatrique ou psychologique répond à un besoin : « *après j'ai un suivi psychologique, une psychothérapie c'est fortement conseillé, je sais que j'ai le choix de ne pas y aller... ça m'apporte beaucoup en fait* », « *Je suis toujours suivi psychologiquement par un psychiatre... C'est un choix , c'est une fois par mois* ».

Quatre personnes n'ont pas de psychiatre ou de psychologue ; trois disent ne pas en éprouver le besoin, une est en recherche de psychologue.

23) La prise en charge en ALD pour vos soins doit-elle continuer d'exister ? Pourquoi ?

1) L'ALD en fin de compte, je me suis servie du système, parce que l'ALD je n'en ai rien à faire, mais puisqu'on nous prend pour des malades psychiatriques. 2) *Quand vous êtes pris en ALD vous êtes pris à 100%... mais on me rembourse pas forcément à 100%, il y a une partie qui est remboursée aussi par ma mutuelle.* 3) Oh oui ! Ça fait un peu de bien quand même, enfin ça dépend pourquoi, sur la dermatologie c'est pas grand-chose ; j'estime que tout le monde à droit à l'accès aux soins. 4) *Je pense pour certaines personnes qui n'ont pas les moyens de payer tout ça.* 5) Oui je pense, ça peut permettre aux gens qui n'ont pas les moyens d'avoir un suivi médical ; moi j'aurais pu me le permettre sans, mais je bénéficie de l'ALD et je reconnais qu'il faut que tout le monde ait cette chance-là ; il ne faut pas que ce soit réservé à une certaine population. 6) *Bien sûr ! Parce que c'est un traitement qui coûte cher et que c'est important.* 7) Oui, l'ALD devrait continuer d'exister, n'oublions pas une chose : s'il y a autant de transsexuelles qui se retrouvent dans le milieu de la prostitution

c'est parce que justement elles n'ont pas les moyens de se payer les traitements ; le parcours est tellement répressif qu'elles ne peuvent pas. 8) J'ai remarqué dans mon environnement qu'il y avait d'autres filles en parcours qui n'avaient pas la même chance économique donc oui ça aide ; bon c'est vrai que l'ALD, la sécu, pour des petits montants, ne discute même pas. Par contre c'est pour les gros montants, la chirurgie et c'est ça qui m'inquiète le plus ; et pour l'épilation, l'épilation laser est extrêmement coûteuse. 9) Il faut la laisser... Ils n'ont pas encore mis le doigt dessus, mais ça reste encore un problème médical. 10) Bien sûr, parce que tout ce qu'on fait est excessivement cher ; moi j'ai la chance d'avoir un travail mais que tout le monde n'en a pas, et très peu en ont même ; quand on regarde bien dans le milieu transsexuel c'est très dur d'avoir un travail, donc encore plus pour eux oui. 11) Je bosse, je n'ai pas trop de problèmes d'argent, même si j'avais pas ça, ça ne m'arrêterait pas ; maintenant j'en profite comme tout le monde. 12) Oui, parce qu'il y a des soins effectivement que beaucoup de personnes ne pourraient pas se permettre de faire... C'est le psychiatre qui a insisté pour la demander « il faut faire votre demande d'ALD par votre médecin traitant ». 13) L'endocrinologue m'a signé la demande de prise en charge à 100% pour la France, parce qu'elle a vu que j'étais très pressée, je lui ai dit « n'importe comment j'attendrai pas ». 14) Oui, parce que si on ne prend pas en charge c'est tout de sa poche et pour moi si c'est tout de ma poche on laisse tomber... en même temps quelque part je trouve que ça fait aussi une reconnaissance. 15) Oui, c'est d'un grand secours, je ne dis pas que je suis pauvre mais malgré tout je suis ric rac et un sou est un sou et on n'a pas les moyens de supporter des coûts qui sont énormissimes. 16) Oui, parce que de toute façon on est un peu considérés comme des malades mentaux donc tant qu'à faire autant qu'on en profite un petit peu et puis c'est vrai que c'est très cher. 17) Oui... moi je suis privilégié dans ma situation ; par rapport aux autres, pour ceux qui ne peuvent pas parce que les coûts sont assez élevés, il faut avoir de l'argent pour le faire. 18) Bien sûr. 19) J'aimerais bien qu'elle existe tout court, je ne gagne pas beaucoup, je suis en formation, c'est vrai qu'on m'avait mis en garde vis-à-vis de l'aspect financier, je sais que j'ai 23 ans que j'ai toute la vie devant moi, que la plupart des Trans commencent plus tard, mais moi je réponds que j'ai 23 ans et que ça fait 23 ans que j'ai un malaise et j'ai enfin la solution et maintenant que je sais ce qu'il faut faire j'ai plus envie d'attendre, même si c'est risqué. 20) Oui, parce que dans la mesure où je considère que ce n'est pas un choix personnel, c'est une souffrance qui nous tombe dessus, au nom d'une équité face à, d'une égalité pardon, au nom d'une égalité face au bien-être dans la vie, au nom d'un partage je trouve ça normal. 21) La demande d'ALD forcément on passe par le médecin traitant, donc il a fallu que je lui en parle mais ce n'était pas une démarche naturelle.

Synthèse :

Vingt personnes souhaitent que la prise en charge à 100% des actes médicaux perdure.

L'argument principal est la solidarité et le droit à l'accès aux soins envers les personnes qui n'ont pas les moyens financiers suffisants : « *Par rapport aux autres, pour ceux qui ne peuvent pas parce que les coûts sont assez élevés, il faut avoir de l'argent pour le faire* », « *moi j'ai la chance d'avoir un travail mais que tout le monde n'en a pas* ». Une personne évoque la solidarité par rapport à son état : « *Oui parce que dans la mesure où je considère que ce n'est pas un choix personnel, c'est une souffrance qui nous tombe dessus, au nom d'une équité face à, d'une égalité pardon, au nom d'une égalité face au bien-être dans la vie* ». Quatre personnes la souhaitent car elles ne pourraient pas payer leurs soins sans cela. Quatre personnes disent profiter du système proposé : « *Je me suis servie du système, parce que l'ALD je n'en ai rien à faire, mais puisqu'on nous prend pour des malades psychiatriques* », « *Je bosse, je n'ai pas trop de problèmes d'argent, même si j'avais pas ça, ça ne m'arrêterait pas ; maintenant j'en profite comme tout le monde* ». Une personne donne comme raison que c'est un problème médical. Une autre dit que cela permet d'obtenir une certaine reconnaissance de son état : « *en même temps, quelque part je trouve que ça fait aussi une reconnaissance* ».

Une personne signale que ce n'est pas une démarche naturelle mais en profite quand même.

24) Comment se passent vos relations avec votre famille, vos amis votre entourage professionnel ?

1) Mes collègues sont au courant et ça se passe très bien, j'ai de bons rapports ; dans ma famille j'ai de très bon rapports aussi, il n'y a que ma femme avec qui c'est beaucoup plus difficile, on est toujours ensemble, il y a toujours énormément de tendresse mais elle refuse, elle refuse carrément ; j'espère pouvoir continuer à vivre avec elle. 2) *Je n'ai aucun problème... pendant un an j'ai été fâché avec mes parents, enfin fâché, on ne se parlait plus quand même, et puis ce sont mes parents qui sont revenus pour me parler... et à partir de là alors mes parents ont compris... j'ai toute ma famille qui est derrière moi.* 3) Quasiment pas de relation du tout. 4) *Aucun problème.* 5) Avec mes amis c'est super... mon frère plus jeune d'un an que moi refuse totalement ce que je fais et maintenant il est totalement étranger à moi, mais ça me dérange pas plus... Ma mère elle s'y est faite... quand elle a vu que les voisins m'acceptaient et que ça changeait rien et bien ça l'a soulagée. 6) *Ma famille est au courant, mes parents ne sont pas d'accord, du moins c'est pas qu'ils ne sont pas d'accord mais en fait pour eux ce qui m'arrive ça va passer, ce n'est qu'est une passade... Avec mes amis, les filles ça se passe très bien, les garçons ça dépend des garçons.* 7) Mon entourage

professionnel ne le sait pas... mes amis, ceux qui savent, il n'y a aucun problème... ma famille c'est quand même beaucoup plus chaud, c'est un peu compréhensible... Il y a des périodes où j'essaie de faire profil bas... je pense qu'il y a un immense sentiment de culpabilité quand on a une famille, je pense qu'une personne célibataire a moins ce sentiment de la culpabilité ; je me dis souvent une chose voilà je vais peut-être détruire leur vie. 8) Le plus dur c'est ma famille, mon épouse a eu des moments dépressifs... mes amis m'appuient... mon entourage au travail, ça finit par passer. 9) Je n'avais pas vu ma famille depuis des années du côté de mon père, ils ont trouvé que ça avait enlevé un poids sur moi que j'étais beaucoup plus relax et ouvert ; mon caractère avait été vraiment modifié, plus ouvert c'est vraiment le poids qui était enlevé... Avec mes amis et mon entourage professionnel tout va bien. 10) C'est très compliqué, je suis obligé de garder pour l'instant l'identité masculine, la famille le sait mais ne veut pas voir complètement la fille donc elle voit le transgenre, enfin ça c'est pour mes parents, mon frère lui, connaît les deux, les nouveaux amis connaissent que la fille et exceptionnellement le garçon. 11) En 2007, j'ai perdu mon père et ma mère... en fait j'ai des frères et des sœurs mais les uns les autres on n'a pas besoin de se voir ni de se parler... à la demande de mon avocate je leur ai envoyé un papier à tous, j'ai même pas appelé... franchement tout le monde m'a dit : « pourquoi t'as pas fait tout ça avant, pourquoi t'as perdu tout ce temps ? ». 12) Ça se passe très bien pour l'instant. 13) Actuellement mon père est décédé et ma mère est fâchée avec moi ; je ne dis pas que je suis fâchée avec elle, elle est fâchée avec moi pour une histoire de photos que j'ai voulu récupérer, des photos de mon enfance pour mettre dans mon livre... mes anciens et mes nouveaux amis, j'ai un club de soutien. 14) J'ai perdu pratiquement tous mes amis... il y a des personnes pour lesquelles je suis parti du principe que ce n'était pas la peine d'en parler car lorsqu'on habite un peu loin ce sont les aléas de la vie qui font qu'on se voit plus... j'ai parlé un peu du sujet à certains amis et ils m'ont dit : « oui ces gens-là il faudrait les tuer » voilà ça c'est fini... mon meilleur ami a pété un câble... ma meilleure amie, on est partis en vacances et c'est parti un peu en vrille parce qu'elle m'a harcelé là-dessus... ça fait pas mal de perte quoi. 15) Très bien dans la globalité... professionnellement j'attends la prochaine rentrée où je vais avoir l'occasion d'aller travailler en fille. 16) J'ai un travail où il y a beaucoup d'homosexuels donc a priori ça se passe plutôt bien, avec les hétérosexuels ça se passe bien aussi parce qu'il y a malgré tout un rapport de séduction... c'est génial on commence vraiment à vivre... Parce qu'avant de commencer ce traitement on est une ombre, on n'existe pas, la vie est fade. 17) Mon père a eu plusieurs phases, d'abord la phase d'acceptation tout de suite, enfin après il m'a dit « tu te rends compte le choc que ça va faire aux autres ? »... mon meilleur ami s'est un peu intéressé ; mais après il a été un peu affolé par ce que cela allait entraîner, il m'a dit qu'il était contre en prétextant que c'était dangereux pour la santé, mais en fait, il a laissé apparaître le plus gros souci : c'était par

rapport à ses parents parce que je les voyais certaines fois et donc il ne savait pas du tout comment faire ; donc j'ai envoyé une lettre à ses parents pour les informer et depuis ça s'est un peu radouci. 18) *Très bien... j'ai un frère plus jeune mais il n'est pas au courant.* 19) En fait je parlais déjà au féminin avec tous mes amis proches, donc je n'ai pas de problème. 20) *Ça se passe bien mais tout le monde n'est pas au courant, j'ai envie de vivre j'ai pas envie de dire « bonjour je suis transsexuelle », on dit pas « bonjour je suis hétéro » je le dis quand j'ai une nécessité de le dire.* 21) La famille, pour la partie qui est au courant, ça se passe bien ; les amis ça se passe bien et sur le plan professionnel je n'ai pas encore fait mon « coming out », j'attends de commencer d'avoir une vie sociale de femme.

Synthèse :

Neuf personnes disent ne rencontrer aucune difficulté.

Les relations avec la famille se passent bien pour neuf personnes.

Quatre personnes signalent des difficultés avec leurs parents ou leurs frères et sœurs. Il s'agit d'incompréhension ou de refus : *« mon frère plus jeune d'un an que moi refuse totalement ce que je fais », « mes parents ne sont pas d'accord, du moins c'est pas qu'ils ne sont pas d'accord mais en fait pour eux ce qui m'arrive ça va passer, ce n'est qu'est une passade », d'inquiétude vis-à-vis de l'entourage : « Mon père a eu plusieurs phases, d'abord la phase d'acceptation tout de suite, enfin après il m'a dit : Tu te rends compte le choc que ça va faire aux autres ? ».*

Trois personnes mariées parlent de difficultés avec leur conjoint : *« il n'y a que ma femme avec qui c'est beaucoup plus difficile, on est toujours ensemble, il y a toujours énormément de tendresse mais elle refuse, elle refuse carrément »,* et de l'inquiétude par rapports à leurs enfants : *« quand on a une famille, je pense qu'une personne célibataire a moins ce sentiment de culpabilité ; je me dis souvent une chose voilà je vais peut-être détruire leur vie ».*

Les relations avec les amis sont bonnes pour neuf personnes.

Une personne dit avoir perdu presque toutes ses relations : *« J'ai perdu pratiquement tous mes amis... il y a des personnes pour lesquelles je suis parti du principe que ce n'était pas la peine d'en parler car lorsqu'on habite un peu loin ce sont les aléas de la vie qui font qu'on se voit plus... j'ai parlé un peu du sujet à certains amis et ils m'ont dit : « oui ces gens-là il faudrait les tuer » voilà ça c'est fini... mon meilleur ami a pété un câble... ma meilleure amie, on est partis en vacances et c'est parti un peu en vrille parce qu'elle m'a harcelé là-dessus... ça fait pas mal de perte quoi ».*

Une personne rencontre des difficultés suivant le caractère des gens de son entourage.

Une personne dit ne pas avoir de relations du tout.

Les relations dans le milieu professionnel se passent bien pour onze personnes, mais certaines d'entre elles n'ont pas encore évoqué leur transsexualisme et continuent à venir travailler « en homme ».

25) Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

1) Alors aucun regret mais alors aucun. 2) Super bien extraordinaire ! Et ça va aller de mieux en mieux ah c'est clair. 3) ... 4) Bien, très très bien. 5) Très bien, j'ai passé un super week-end. 6) Bien très bien. 7) Aujourd'hui ça va bien, il y a des jours où ça ne va pas aussi bien. Il y a des hauts et des bas, est-ce que ça vient des hormones ou pas, c'est toujours la question à joker mais je dirais qu'il y a souvent des symptômes, voire je dirais carrément une dépression qui s'installe. 8) Bien. 9) Bien, le seul truc qu'il y a aujourd'hui, je mets toujours ma vie en pause par rapport au bloc (*opératoire*) et ça commence à me peser, ça me pèse un peu, parce qu'à Foch ils le savent, j'attends qu'une chose c'est changer mon boulot et j'aimerais bien pouvoir commencer à construire quelque chose avec quelqu'un, ça y fait un peu aussi maintenant. 10) Mieux parce que je vis enfin comme j'ai envie de vivre mais ça va pas encore assez vite, j'aimerais bien être déjà dans deux ans en fait. 11) Bien pour l'instant, bien super bien parce que j'y crois, donc bien. 12) Ben aujourd'hui ça va très bien, mais ça ne va pas assez vite. 13) Super équilibrée, enthousiaste parce que je sais que je vais enfin atteindre mon objectif j'ai le sentiment que je vais débiter une nouvelle vie, que c'est accessible que c'est à portée de ma main, voilà ; donc je suis heureuse je suis sur un nuage. 14) On va dire un peu plus serein qu'il y a deux ans parce qu'on va dire qu'il y a deux ans je ne savais pas vraiment... je me disais je dois vraiment avoir un gros problème et puis je sais pas ce que c'est et je m'en sortais jamais ; maintenant, je sais ce que c'est... quelque part c'est plus apaisant de me dire qu'il y a une solution. 15) Sereine. 16) Très bien. 17) Normal, je ne suis pas vraiment excité par le fait de commencer demain ; parce que pour moi ça a été assez dur de me séparer de ma copine ; je lui avais dit en fait au début, enfin avant qu'on sorte ensemble officiellement et en fait il y a eu une période de deux semaines où on s'est pas vus, où elle avait besoin de réfléchir. 18) Bien, bien. 19) Mieux, je sais que je ne suis qu'au début du parcours mais les autres personnes ont vu avant moi que j'allais mieux ; l'exemple que je donne toujours c'est que j'avais développé un sourire automatique pour tout et rien, mais maintenant je sens que c'est beaucoup plus naturel, ça vient plus facilement, que c'est plus vrai. 20) Il y a des trucs bien et des trucs moins bien ; j'ai encore des difficultés à affronter l'absence de mes règles, ça c'est quelque chose de très difficile pour moi ; le fait que la démarche ne soit pas drôle non plus, je pensais à ça il y a quelques jours j'en parlais avec ma psy c'est le fait que j'accepte pas d'être transsexuelle, je considère vraiment que c'est un drame. 21) Très bien.

Synthèse :

Treize personnes disent aller bien, même très bien. Cette affirmation est assortie de superlatifs comme s'il s'agissait d'un vrai bonheur : « *Super bien extraordinaire* », « *J'ai passé un super week-end* », « *Super équilibrée, enthousiaste* ».

Trois personnes disent aller mieux.

Quatre personnes ont une réponse nuancée : « *Il y a des hauts et des bas* », « *Il y a des trucs bien et des trucs moins bien ; j'ai encore des difficultés à affronter l'absence de mes règles, ça c'est quelque chose de très difficile pour moi ; le fait que la démarche ne soit pas drôle non plus* ».

Une personne n'a pas répondu à cette question.

Les réponses observées montrent que le fait de débiter le parcours médical apporte en majorité un bien-être qui semble prédominer sur les difficultés rencontrées.

2.2.2 Entretien B un an après ; N = 18

1) Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

1) Heu... joyeuse. 4) Très bien j'étais déjà bien dans ma peau il y a un an mais je suis encore mieux aujourd'hui, aucun problème j'arrive à faire tout ce que je veux dans la vie. 5) En super forme je sors de mon opération¹²⁴ il y a deux semaines et je suis totalement apaisée, sereine, j'ai retrouvé la sérénité que j'avais perdue depuis quelques mois avec les attentes et maintenant j'ai laissé un fardeau derrière moi ; je pense que je me suis retrouvée vraiment et j'ai vraiment le sentiment d'être complète et d'avoir un corps qui correspond totalement à ce que j'avais dans la tête et je me sens prête à vivre une vie normale et reprendre le cours normal de mes activités. 6) Bien très bien merci. 7) Bien, différente d'il y a un an, en mieux quelque part j'ai l'impression de revivre. 8) Bien, très bien, différente. 9) Bien seulement je suis un peu... au niveau chirurgical je suis un peu déçu. 10) Bien, mieux. 11) On va dire bien. 12) Ça va en général toujours bien quand je reviens de vacances, plutôt bien quand même ; j'attends quand même beaucoup dans les deux prochains mois¹²⁵. 14) Un peu mieux. 15) Mais super bien en fait beaucoup mieux qu'hier et moins bien que demain. 16) Bien mieux qu'il y a un an et beaucoup mieux qu'avant. 17) Bien, mieux. 18) Je me sens très bien, je me sens épanoui, enfin moi-même. 19) Beaucoup moins bien, parce qu'il y a un an et demi j'avais pris un nouveau départ, ça se passait bien le moral remontait et tout et depuis trois mois on va dire, c'est tout l'inverse, c'est les montagnes russes ça monte et ça descend... la solitude, le manque de soutien. 20) Moyennement ; enfin ça va un

¹²⁴ L'intervention de réassignation a été faite en Thaïlande et la patiente est rentrée en France depuis deux semaines.

¹²⁵ La personne part en Thaïlande pour son opération de réassignation sexuelle.

peu mieux par rapport à cette petite période dont je vous ai parlé, un peu sportive, mais je pense que maintenant il faut qu'il se passe quelque chose pour moi, par rapport au traitement que je suis, c'est-à-dire l'Androcure. 21) *Bien, c'est pas encore parfait mais c'est mieux.*

Synthèse :

Quinze personnes disent aller bien ou encore mieux que l'année précédente : « *Très bien j'étais déjà bien dans ma peau il y a un an mais je suis encore mieux aujourd'hui* », « *Bien, différente d'il y a un an, en mieux, quelque part j'ai l'impression de revivre* », « *En super forme* ».

Deux personnes ont un avis partagé. L'une faisant sa transition dans le sens femme vers homme est déçue par une des interventions chirurgicales concernant sa phalloplastie : « *Bien, seulement je suis un peu... au niveau chirurgical je suis un peu déçu* ». L'autre trouve que l'hormonothérapie n'évolue pas assez vite : « *mais je pense que maintenant il faut qu'il se passe quelque chose pour moi, par rapport au traitement que je suis, c'est-à-dire l'Androcure* ».

Une personne dit aller moins bien ; le mieux-être procuré par le début du parcours de transition n'a pas duré : « *Beaucoup moins bien, parce qu'il y a un an et demi j'avais pris un nouveau départ, ça se passait bien, le moral remontait et tout et depuis trois mois on va dire, c'est tout l'inverse c'est les montagnes russes ça monte et ça descend... la solitude, le manque de soutien* ».

Le mieux-être du début a continué d'évoluer de façon positive. La sérénité, l'épanouissement, l'impression de revivre sont évoquées. Les réponses obtenues ne font état d'aucun regret. Toutefois cette impression de bien-être général, si elle est majoritaire dans nos entretiens, doit être nuancée. Elle n'est pas le fait de tous ; trois personnes n'ont pu être recontactées et il est possible qu'elles rencontrent des difficultés. Par ailleurs une personne témoigne d'un mal être et d'une solitude qui s'est installée depuis le début de son parcours.

2) Que s'est-il passé en un an, qu'est-ce qui s'est modifié ?

1) J'ai fait une opération, la pomme d'Adam, c'était bien. J'ai failli faire les cordes vocales¹²⁶, c'était un grand espoir et ça m'a mis un sacré coup au moral quand ça a été refusé parce que je n'avais pas été réassignée, ça m'a fait reprendre la cigarette je crois. 4) Peut-être dans mon travail, je pense que je suis acceptée en tant que femme et pour mes clients c'est une évidence, peut-être moins pour les gens qui m'ont connu dans le passé, mais sur les nouveaux marchés il n'y a aucune ambiguïté. 5) La chirurgie de réassignation, l'augmentation mammaire et la pomme d'Adam se sont très bien passées ; quand je repense à cette année il y a eu beaucoup plus d'attente qu'autre chose... J'aurais préféré aller plus vite surtout maintenant quand je vois la différence entre avant et après, maintenant je me sens prête à reprendre le travail. 6) Les hormones ont fait leur cours, pour l'instant je continue à suivre mon traitement dans l'espoir que ça aboutisse à l'opération. Il y a eu des modifications au niveau du visage, il s'est affiné et puis j'ai perdu aussi pas mal de masse musculaire. 7) Beaucoup de choses, mon traitement hormonal a commencé à faire ses effets de façon visible qui m'oblige à prendre les devants donc à faire des coming out de façon officielle ; deuxièmement les épilations ont aussi fait de l'effet, et surtout je pense que j'ai mené un grand travail d'introspection, une transition c'est pas que physique. 8) Beaucoup de choses, toutes les opérations, du visage surtout et un amincissement du corps, des formes plus féminines qui se voient plus... je suis vraiment dans une période ni l'un ni l'autre et c'est assez pénible, c'est douloureux intérieurement ; le futur est complètement flou. 9) Toujours à me casser la tête avec Disney¹²⁷ ; mon compte en banque est au rouge parce que quand je ne suis pas au boulot pour mes opérations je perds 10% de mon salaire, une fois ok, mais pas à répétition. 10) Plein de choses, début du traitement hormonal, début de l'épilation laser, un petit peu le changement de la voix, l'acceptation par les parents, petit à petit mon « coming out » auprès des différents amis, qui acceptent sans aucun problème. 11) Beaucoup de souffrance physique, ça a été super dur l'opération du sexe, c'est inexplicable la souffrance que c'est. 12) L'aspect physique déjà s'est modifié, la psychologie aussi très certainement, pas énormément mais je le ressens plus facilement ; quand je vais dans un groupe de femmes ça passe beaucoup mieux. 14) Au point de vue social je me suis rendu compte que c'était un peu difficile en fait parce que vu que les gens le savent et qu'ils le voient un peu je commence à avoir des remarques ce n'est pas forcément méchant mais ça

¹²⁶ L'intervention sur les cordes vocales visant à féminiser la voix n'a pas eu lieu ; le chirurgien a refusé car l'intervention de réassignation n'était pas faite.

¹²⁷ Lieu de travail que la personne souhaite vivement quitter dès que toutes ses interventions chirurgicales seront terminées. Il s'agit dans son cas d'une phalloplastie qui nécessite plusieurs interventions.

revient un peu régulièrement, ça finit par être un peu agressif en fait ; c'est une question de norme en fait « Tu es qui, tu vas où, tu fais quoi ? Tu ne pourras pas aller jusque-là » ; au niveau médical pas grand-chose sauf que chez moi ça marche pas trop les hormones en fait. 15) **Plein de choses ; pour commencer mon opération physique, mon intégration sociale ; mon intégration sociale ne s'est pas toujours bien passée mais plus j'avancais plus ça s'est bien passé ; l'intervention ça s'est super bien passé.** 16) Oui, déjà au niveau de la voix je pense que ça passe beaucoup mieux, j'ai fait quelques chirurgies ces deux derniers mois, féminisation et implants mammaires ; sinon rien de particulier à part le changement de tous les jours, je travaille en tant que femme depuis un an et ça se passe très bien. 17) **Mon traitement hormonal et des rencontres avec le milieu associatif.** 18) Ma voix a changé, elle a bien mué, elle est devenue masculine ; j'ai entamé mon changement de prénom, ça a réussi et sinon à part ça j'ai trouvé du travail un petit peu et je me sens bien dans ma peau quoi. 19) **Au niveau de la solitude j'avais déjà beaucoup de mal à aller vers les autres mais voilà j'avais fait des efforts pour que ça change, ça avait commencé à changer, et quand ça a commencé à aller moins bien je me suis retourné vers des personnes que je pensais être des amis sauf que je me suis trompé.** 20) Je pense que j'ai avancé identitairement, psychologiquement, le plus que je pouvais par rapport à l'état des transformations je pense qu'il est temps de commencer l'hormonothérapie, je pense que ça va débloquer, il faut qu'il se passe quelque chose ; je me rends compte que là je tourne en rond et qu'il faut que j'avance. 21) **Mon corps entre autres ; j'ai fait une laryngoplastie¹²⁸, en septembre j'ai commencé mon traitement hormonal et j'ai fait ma vaginoplastie ; je supporte très bien mon traitement hormonal.**

Synthèse :

Douze personnes évoquent la modification de leur anatomie ; par des actes chirurgicaux pour sept d'entre elles, ou par l'action de l'hormonothérapie pour les cinq autres.

Huit personnes citent leur intégration sociale dans leur genre.

Trois personnes parlent de leur évolution psychologique.

Cinq personnes évoquent des difficultés. Difficulté de la période de l'entre-deux genre : « *je suis vraiment dans une période ni l'un ni l'autre et c'est assez pénible, c'est douloureux intérieurement ; le futur est complètement flou* ». Difficultés financières liées aux absences professionnelles à cause des interventions chirurgicales : « *mon compte en banque est au rouge, parce que quand je ne suis pas au boulot pour mes opérations, je perds 10% de mon salaire, une fois ok, mais pas à répétition* ». Difficultés sociales : « *vu que les gens le savent et qu'ils le voient un peu, je commence à avoir des remarques, ce n'est pas forcément*

¹²⁸ Il s'agit ici d'une intervention visant à supprimer la pomme d'Adam

méchant mais ça revient un peu régulièrement ça finit par être un peu agressif en fait », «quand ça a commencé à aller moins bien je me suis retourné vers des personnes que je pensais être des amis sauf que je me suis trompé ». Souffrance liée à la chirurgie de réassignation (il s'agit ici d'une phalloplastie) : «Beaucoup de souffrance physique, ça a été super dur l'opération du sexe, c'est inexplicable la souffrance que c'est ».

La modification de l'anatomie est le point le plus cité ; plus d'un tiers des personnes a eu recours à des actes chirurgicaux pendant cette année de parcours. L'intégration sociale est aussi un marqueur de l'évolution des personnes Trans. Intégration positive dans la majorité des cas, elle affecte les personnes qui rencontrent des difficultés.

3) Y a-t-il des points sur lesquels votre vision a évolué ?

1) Je n'ai pas l'impression que ma vision des choses par rapport à ma personnalité ait changé ; j'ai tellement l'intime conviction que je suis une femme que je n'ai pas l'impression d'avoir changé ; la seule chose c'est que je m'inscris dans la société beaucoup plus je veux dire dans le sens associatif, je suis plus militante parce qu'il y a nécessité. Sinon dans le parcours je me disais que ça serait très difficile et ça c'est avéré encore plus difficile que je le pensais, parce que j'ai eu des problèmes financiers. Quand on fait une transition il faut avoir de l'argent. 4) *Non pas tellement, je suis bien dans ma peau c'est un changement merveilleux.* 5) Non, globalement je m'attendais à un peu plus de difficultés de récupération après l'opération, alors qu'en fait aucune douleur à part la gêne des pansements, donc c'est beaucoup mieux que je ne l'imaginais. 6) *Je suis plus sensible qu'avant, je suis plus émotive en fait, je peux pleurer plus facilement pour des choses qui ne me faisaient pas pleurer avant... On dirait que je suis plus posée.* 7) Oui, par rapport au parcours parce que je crois qu'on imagine toujours, on a beau réfléchir à tout ce qui va se passer, ce n'est jamais vraiment ça ; je comprends mieux que chaque parcours est différent et au final je résumerais le parcours en disant que c'est vraiment une quête d'identité et comme chacun a sa propre identité le parcours ne peut être que différent ; donc on peut avoir des points communs avec certaines personnes, on peut avoir des étapes communes mais au final c'est jamais le même vécu. 8) *Comme c'est une reconstruction de ma vie c'est vrai que ma vision de l'époque n'a pas tellement évolué, j'essaye de clarifier : est-ce que je veux une vie active, sortir le soir être sur Paris... ça avance.* 9) J'avais vu la psychiatre pour lui dire un peu ce qui se passait car elle était même surprise que j'ai encore des opérations ; elle m'a dit : « à Foch on est un peu faible¹²⁹ » ; je l'avais un peu « comme ça ». 10) *Pas spécialement ; je suis toujours dans la même optique, dans le même chemin... En fait des surprises on en a un peu tous les jours, parce que personne ne dit la même chose donc on navigue à vue, on essaye*

¹²⁹Il est fait allusion à la faiblesse des chirurgiens qui pratiquent les interventions de phalloplastie.

d'improviser comme on peut. 11) Ouais... on va dire que moi je misais tout sur ces interventions-là, j'avais l'impression qu'avec ces interventions-là tout allait être rose, qu'on allait me regarder autrement et que maintenant je serai bien H., « il » ; en fait c'est une grave erreur, dès que quelqu'un commence à m'appeler comme avant je suis détruit pour la journée, voire pour la semaine, voire pour le mois ; et on se dit : « on fait toute cette souffrance mais pourquoi ? » j'ai trop mis d'espoir là-dedans, pour moi c'était sûr j'ai mes papiers j'ai tout, y a plus de raison de me faire chier quoi ; à part ça voilà je me dis que quand j'irai à la retraite c'est le seul moment où je serai heureux ; en fait je vais être heureux dans ma vie 10 ou 15 ans quoi ; c'est cher payé pour être heureux 10 ou 15 ans de sa vie, mais bon on essaiera de tenir jusqu'à la retraite. 12) Ça correspond à peu près à ce que je pensais ; bon y a l'épilation qui est vraiment très douloureuse, un peu torture tous les 15 jours, je pensais que l'épilation électrique définitive c'est définitif, ben non. 14) Au niveau psychologique le questionnement commence à s'apaiser ; même si j'ai besoin d'en savoir plus, quand je vois qu'il y a des théoriciens qui disent que ce n'est pas aussi simple que ça, que ce n'est peut-être pas une psychose ça rassure ; ne serait-ce que professionnellement se dire que là où je veux aller¹³⁰ on ne me dira pas « toi tu ne peux pas entrer chez nous ». 15) Pas spécialement ; par rapport à mon statut oui, plus j'avancais dans ma transition plus je me suis sentie femme à mes yeux, aux yeux d'autrui et par rapport aux idées reçues ; j'accepte mieux la critique de certaines personnes parce que je suis plus à même de l'encaisser, parce que je me sens plus légitime. 16) En fait le truc c'est qu'avant je voulais vraiment devenir une fille et aujourd'hui j'assume beaucoup plus mon statut transsexuel, c'est-à-dire que j'ai fait le deuil de jamais être une fille, mais par contre de m'en approcher le plus possible par la féminité... Aujourd'hui je n'ai plus cette image de garçon que j'avais, je peux facilement m'identifier en tant que fille alors qu'avant si je n'avais pas de miroir devant moi j'avais du mal à avoir une image féminine de moi ; aujourd'hui c'est fini j'ai mon image féminine bien ancrée dans ma tête. 17) Peut-être oui, mais c'est assez flou enfin j'ai l'impression d'être plus terre à terre de retomber sur mes pieds depuis l'an dernier parce qu'avant j'étais dans mon monde. 18) Les goûts ils changent un petit peu, on évolue dans le comportement, même amoureux, ça change un petit peu ; on devient plus agressif, je me sens plus homme. En ce qui concerne le parcours j'ai eu des surprises plutôt positives, je m'attendais à ne pas pouvoir changer de prénom finalement j'ai pu. 19) Avant j'étais déjà très sensible et on m'avait prévenu, tu seras encore plus sensible, et moi j'avais répondu : « c'est pas possible » eh bien si, et c'est vraiment pas facile. J'ai découvert les joies de l'épilation laser ça fait très mal les dernières séances j'avais l'impression d'avoir moins mal mais je n'y serais pas resté une seconde de plus ; la dernière fois je tremblais même complètement ; et ça en sachant que l'électrique après c'est encore plus douloureux.

¹³⁰ La personne souhaite devenir psychanalyste

20) Me concernant par rapport aux gens qui me suivent ce n'est pas aussi barbare que ce que j'avais pu lire ; ce n'est même pas aussi réglementé comme ils veulent le faire croire ; ils ne sont pas aussi à cheval sur le règlement que ce qu'on peut trouver écrit sur Internet par rapport à la pseudo législation ils ne sont pas du tout aussi rigides. 21) **Ce que je pressentais est arrivé, le traitement correspondait à mes attentes, au mieux-être.**

Synthèse :

Les points d'évolution varient suivant les personnes.

Quatre personnes disent ne pas avoir changé leur vision des choses, et que le parcours de transition correspond à ce à quoi elles s'attendaient, voire même parfois mieux.

Une personne est même agréablement surprise que le parcours se passe mieux que ce dont on l'avait informé : *« par rapport aux gens qui me suivent ce n'est pas aussi barbare que ce que j'avais pu lire ; ce n'est même pas aussi réglementé comme ils veulent le faire croire »*. Cette personne fait son parcours de transition en étant incluse dans un protocole hospitalier à Paris et avait reçu beaucoup d'informations négatives sur l'équipe médicale par le biais de certaines associations et des forums internet.

Sept personnes parlent de l'évolution de leur personnalité. Sont cités une plus grande sensibilité, plus de légitimité vis-à-vis de leur état, moins de questionnement, la modification des goûts, le fait de se sentir plus « terre-à-terre », être devenue militante.

Trois personnes font état de la douleur physique ressentie lors de certaines interventions ; deux personnes citent l'épilation du visage : *« J'ai découvert les joies de l'épilation laser ça fait très mal »*. La troisième exprime de façon violente la douleur liée à sa phalloplastie ; elle exprime nettement le regret d'avoir subi cet acte douloureux qui n'a en rien modifié sa vie quotidienne : *« c'est une grave erreur, dès que quelqu'un commence à m'appeler comme avant je suis détruit pour la journée, voire pour la semaine, voire pour le mois ; et on se dit : « on fait toute cette souffrance mais pourquoi ? » j'ai trop mis d'espoir là-dedans »*.

Une personne s'est trouvée confrontée à des difficultés financières qu'elle n'avait pas prévues et en tire la conclusion : *« Quand on fait une transition il faut avoir de l'argent »*.

4) Quelles sont les interventions chirurgicales dont vous avez bénéficié depuis un an?

1) La pomme d'Adam uniquement malheureusement, mais là j'ai peut-être une possibilité de me faire rembourser les opérations du visage, je l'ai su par l'association ; il y a des chirurgiens qui peuvent faire prendre en charge par l'ALD. 4) **Aucune.** 5) La chirurgie de réassignation, l'augmentation mammaire et la pomme d'Adam. 6) **Aucune.** 7) **Aucune.** 8) **Essentiellement le visage.** 9) La chirurgie de réassignation qui continue. 10) **Aucune.** 11) La chirurgie des testicules et les suites de la phalloplastie. 12) **Aucune.** 14) **Aucune.** 15) **La**

pomme d'Adam et la vaginoplastie. 16) Pomme d'Adam, féminisation du front avec avancement des cheveux et il y a une dizaine de jours j'ai fait des implants mammaires. 17) Aucune. 18) J'ai subi l'hystérectomie, ablation des ovaires et de l'utérus et c'est tout. 19) Aucune. 20) Aucune. 21) J'ai fait une laryngoplastie et j'ai fait ma vaginoplastie.

Synthèse :

Neuf personnes n'ont pas subi d'interventions chirurgicales.

Six personnes ont bénéficié d'une chirurgie de réassignation sexuelle. Il faut noter que trois sont les personnes qui font leur transition dans le sens femme vers homme et que la mastectomie avait déjà été faite en tout début de parcours. L'hystérectomie et la mastectomie sont en général pratiquées plus rapidement que la vaginoplastie car plus facile d'accès.

Six personnes ont eu des interventions de féminisation faciale ou sur la pomme d'Adam. Les interventions sur le visage ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. L'opération de la pomme d'Adam est remboursée car assimilée à une laryngoplastie.

5) Avez-vous un suivi psychiatrique régulier ?

1) Non. 4) Non et je n'en vois pas l'utilité. 5) Oui je continue. 6) J'en avais un mais j'ai arrêté. 7) Oui. 8) Oui. 9) Non puis je n'en ressens pas le besoin. 10) Oui. 11) Non, j'en ai quasiment pas eu. 12) Pratiquement plus. 14) Oui. 15) Quasiment plus. 16) Non, maintenant j'ai arrêté. 17) Non. 18) Oui. 19) Non, pas pour le moment, j'en cherche un. 20) Oui. 21) Je viens de faire ma dernière séance.

5) Que pensez-vous du rôle du psychiatre en général ; de votre psychiatre en particulier ?

1) Pour moi le psychiatre devrait avoir un rôle d'accompagnateur... il n'est pas là pour se mettre à notre place parce que les psychiatres la plupart du temps c'est un contre transfert qu'ils font vis-à-vis de nous... moi personnellement depuis le début de mon parcours c'était une angoisse parce que je n'estimais pas avoir besoin d'un psychiatre ; aujourd'hui j'aurais besoin d'une psychothérapie, d'un accompagnement mais pour autre chose pour bien situer ma vie... Pour moi le psychiatre n'est pas nécessaire, après on va me dire qu'il faut séparer le bon grain de l'ivraie mais je connais le parcours il est tellement difficile ; l'épilation électrique par exemple c'est hyper douloureux, il faudrait être complètement cinglé pour le faire comme ça, je pense que les complètement cinglés ils ne tiendraient pas sur la durée.

4) Le rôle du psychiatre est quand même utile pour les gens qui peuvent avoir des problèmes, on sait que dans notre monde il y a des gens assez fragiles ; le rôle du psychiatre serait de diriger un peu la personne, d'essayer de la raisonner mais est-ce facile pour lui ? Ce n'est pas évident du tout peut-être au moment de l'opération il pourrait donner son avis, essayer de bloquer les choses mais c'est pas facile. 5) Le psychiatre doit être beaucoup plus dans l'écoute que dans le questionnement extirpé des informations des événements ; entre mes deux expériences de psychiatres ainsi qu'avec le psychiatre que j'ai rencontré à la demande de ma direction au travail, j'ai retrouvé la même sensation que j'avais eue avec le premier psychiatre, le questionnement comme s'il mettait en doute tout ce que j'avais fait jusqu'à présent ; je pense que la position du psychiatre c'est de ne pas mettre en doute ce qu'on est déjà... donc il doit être à l'écoute, rassurer aussi parce qu'il y a toujours des angoisses qui transparaissent, mais il ne doit pas montrer qu'il a un premier diagnostic à faire quoi ! On sait qu'il y a un diagnostic à faire mais il y a différentes façons de le faire et d'accompagner. 6) Je pense qu'il est utile au tout début des 3-4 premiers mois histoire de faire un point, peut-être d'avoir un avis... enfin pas un avis de dire « on est trans ou on n'est pas trans » mais d'avoir un ressenti sur ce que nous on peut ressentir... c'est juste un avis au début pour poser les choses, raconter son histoire, mais après c'est pas tellement utile. 7) Je pense que quand on fait un parcours un suivi psychiatrique est obligatoire ; je dis obligatoire, pas pour prendre les décisions homme/femme, je pense que là c'est à la personne de se décider par contre je pense que d'avoir un support, un suivi psychiatrique avec tout ce qu'on se prend dans la figure c'est pas du luxe... il faut avoir un déversoir qui puisse recadrer les choses, que ce soit psychiatre ou psychologue je pense qu'il faut un accompagnement, je vois mal les gens faire le parcours sans ça. 8) Son rôle jusqu'à maintenant à été un appui psychologique quelque part, en cas de besoin, de grand stress, je savais qu'il était là... à l'origine je m'attendais à autre chose peut-être à plus creuser, mais en fait il a fait son travail c'est parce qu'on a de fausses idées on s'attend plus à ce qu'il donne une solution. 9) c'est vraiment passer les bonnes infos, son rôle c'est vraiment trancher pour être sûr que pour la personne ce ne soit pas qu'un passage ; même s'il va reprendre son corps d'origine, celui qu'il ressent lui, il faut être sûr qu'il n'y a pas un risque derrière ; il y a quand même le mal-être, il peut y avoir une tentative de l'arme à gauche... moi ça m'a peut-être plus décontracté, plus aidé pour faire le vide je ne sais pas comment l'expliquer ; peut-être plus comme une préparation à ce qui va venir. 10) La psychiatre, en la voyant tous les trois mois je me demande bien ce qu'elle est capable de voir, je ne comprends pas sa fermeture d'esprit quant à la possibilité de bisexualité ou de l'homosexualité, elle est très fermée à ce sujet-là ; on a plus l'impression de passer devant un tribunal que devant quelqu'un qui veut essayer de comprendre, de vous écouter, de vous aider, là c'est plus un tribunal en fait... il devrait essayer de nous amener à comprendre

pourquoi certaines choses, à nous aider à les comprendre et à les supporter... une complicité. 11) Pour moi ils ne comprennent rien, ils ne savent pas de quoi ils parlent, c'est mon opinion à moi, je persiste à dire qu'il n'y a aucun psychiatre qui sait de quoi il parle... c'est bidon, personne ne peut comprendre ce qu'on ressent à moins d'être passé par là. 12) Il faudra que je retourne le voir je dirais par obligation parce qu'il faut l'accord du... il faut le papier. Je pensais au départ que c'était quelqu'un qui pourrait aider à comprendre le pourquoi du comment, ce qu'il ne sait pas non plus et que personne ne saura jamais... Je pense qu'il faut un psychiatre par rapport à certaines personnes qui pourraient avoir des fantasmes qu'un psychologue n'est pas forcément apte à détecter. 14) Mon psychiatre est psychiatre et psychanalyste ; sa place c'était premièrement d'éclaircir ma problématique, deuxièmement c'est, sans me donner de réponse, m'aider à en trouver une, à faire un choix, et troisièmement m'accompagner là-dedans. 15) Pour ma part c'était uniquement par nécessité, maintenant je pense que pour certaines personnes qui n'ont pas la tête sur les épaules, qui sont un petit peu fragiles ça peut être un support très important également pour les personnes qui sont un petit peu rejetées dans leur travail soit dans leur famille je trouve que c'est quelque chose de super bien et dans ce cas je pense que ça pourrait bien aider... Normalement son rôle ça devrait être un soutien psychologique pour ma part ça n'a pas été le cas juste une nécessité mais je suis consciente que certaines personnes ont besoin d'aller voir un psychiatre. 16) Je trouve qu'il n'a rien à faire en fait, on est des personnes normales finalement et si on va voir un psy c'est parce qu'on en a besoin et pas parce qu'on est transsexuel ; donc moi en l'occurrence j'y suis allée c'est pour me rassurer dans mon choix dans ce que j'étais donc c'était vraiment juste pour me rassurer et parce que j'étais forcée pour le parcours sinon j'ai aucune nécessité d'aller le voir, après je suis peut-être tombée sur un mauvais psy mais franchement il ne m'apportait rien du tout. 17) Un rôle de miroir pour mieux nous voir, nous comprendre. 18) Le rôle du psychiatre c'est fondamental, il faut bien réfléchir si on veut vraiment devenir trans et ne pas s'arrêter là ; si on est opéré il n'y a pas de retour en arrière... c'est un rôle de guide, il nous dit si on est vraiment trans ou pas, pour éviter de faire la bêtise de sa vie, on a tous un questionnement sur soi et il faut bien réfléchir là-dessus. 19) Je pense que ça dépend des gens, il en faut un mais ça dépend des personnes, il y a des gens qui ont juste besoin de parler avec leur psychiatre mais moi je sais que c'est pas le cas je le fais déjà très bien avec mes amis...; le terme obligatoire me dérange un peu mais je pense que c'est nécessaire pour avoir l'avis de quelqu'un qui s'y connaît un peu et qui s'y connaît bien aussi... Pour voir si selon lui il est question de trans identité. 20) c'est toujours pour voir à différents moments comment ça évolue, c'est pas forcément idiot parce que quand on voit les gens tous les jours c'est pas facile alors que quand on espère c'est comme les cheveux qui poussent on s'en aperçoit mieux au bout d'un certain temps ; et comme c'est pas lui qui assure un soutien psychologique, ça n'a aucune

importance. 21) Pour le diagnostic je pense qu'il est indispensable après un suivi en psychothérapie eh bien c'est pas du luxe ; sincèrement c'est quand même une sacrée trajectoire, c'est assez déstabilisant et puis il y a des choses qui... il faut prendre beaucoup de recul quand même, c'est pas une ligne droite il y a des doutes.

Synthèse :

Sept continuent de voir un psychiatre régulièrement.

Onze personnes n'ont plus de suivi psychiatrique régulier : huit ont arrêté définitivement, une est en recherche de psychiatre, les deux autres estiment le voir rarement.

Le rôle attribué au psychiatre est majoritairement celui d'un soutien, d'une écoute, d'une aide dans le parcours.

Quinze personnes soulignent son utilité notamment en début de parcours pour aider les patients à se déterminer quant à leur choix et à se rassurer sur leur état ; ces personnes souhaitent le voir agir comme un psychothérapeute : « *Pour moi le psychiatre devrait avoir un rôle d'accompagnateur... il n'est pas là pour se mettre à notre place* », « *Le psychiatre doit être beaucoup plus dans l'écoute que dans le questionnement... je pense que la position du psychiatre c'est de ne pas mettre en doute ce qu'on est déjà... il doit être à l'écoute, rassurer aussi parce qu'il y a toujours des angoisses qui transparaissent* », « *Je pense qu'il est utile au tout début des 3-4 premiers mois, histoire de faire un point* », « *Je pense que quand on fait un parcours, un suivi psychiatrique est obligatoire ; je dis obligatoire, pas pour prendre les décisions homme/femme, je pense que là c'est à la personne de se décider, par contre je pense que d'avoir un support, un suivi psychiatrique avec tout ce qu'on se prend dans la figure, c'est pas du luxe* ».

Pour l'une d'entre elles, le psychiatre détermine le diagnostic de transsexualité, une autre attend qu'il puisse faire un diagnostic différentiel par rapport aux autres maladies psychiatriques. Enfin, une personne souligne la difficulté de son rôle : « *Le rôle du psychiatre est quand même utile pour les gens qui peuvent avoir des problèmes, on sait que dans notre monde, il y a des gens assez fragiles ; le rôle du psychiatre serait de diriger un peu la personne, d'essayer de la raisonner, mais est-ce facile pour lui ?* ».

Deux personnes ne voient aucune utilité aux consultations psychiatriques.

Une rend compte d'un vécu négatif, s'étant sentie jugée et non aidée.

6) Dans ce parcours, quelles sont pour vous les modifications qui relèvent du choix personnel et celles qui relèvent de la nécessité ?

1) Dans le parcours, tout est nécessité pour s'approcher au mieux de l'idéal ; l'idéal pour une personne Trans c'est de se confondre dans la masse et qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur le fait que je sois une femme à n'importe quel moment ; par exemple je me suis posée le cas pour une augmentation mammaire, aujourd'hui je n'en estime pas la nécessité. 4) Le travail de la voix est nécessaire, le travail du comportement aussi, mais après, le reste est un choix personnel ; pour moi, si vous voulez, les choses sont tellement venues toutes seules que j'ai même pas choisi si vous voulez, c'est toute une vie des changements progressifs, je ne m'attendais pas à ce résultat-là, je ne m'attendais pas à en arriver là, c'est venu sans que je m'en rende compte, les hormones ayant fait leur action, le changement s'est fait tout seul ; c'était un choix au départ mais je pensais pas que ça allait si bien se passer. 5) Je reconnais que dans cette démarche le premier choix déjà c'était de se lancer... Officiellement c'est un choix qu'il faut faire, il faut en avoir conscience... Pour moi l'opération c'était pas la question, elle allait de soi, elle était nécessaire pour moi parce que d'abord je pouvais me la permettre¹³¹ donc j'avais la possibilité de choix, néanmoins je n'ai pas fait l'opération pour le plaisir d'avoir un changement d'état civil, pour moi c'était un besoin physique et psychologique aussi. 6) Pour moi c'est un mix des deux ; pour moi c'est un choix personnel d'entamer un parcours hormonal et en même temps c'est une nécessité, et en même temps tout ce qui s'en suit est une nécessité ; le fait d'avoir une poitrine, de se faire opérer, la vaginoplastie tout ça c'est un tout. 7) Je pense que ce sont des choix personnels ; je pense que la nécessité est liée à l'apparence, le choix personnel est lié à l'intime. 8) Je commence à ressentir comme je vous disais le très fort besoin de mon opération c'est vraiment une nécessité pour arriver à l'objectif, la féminisation. 9) Pour moi elles sont toutes nécessaires, on ne peut pas en enlever une. 10) Certaines parties de chirurgie esthétique, qui sont pas forcément nécessaires comme la féminisation du visage par exemple, la mammoplastie je dirais que c'est un peu 50/50, c'est pas forcément nécessaire mais quand même un petit peu. 11) Le choix personnel... Je pense que le sexe c'est pas obligé de faire ça... La nécessité c'est de prendre les hormones. 12) La nécessité c'est la voix c'est clair que c'est nécessaire, maintenant il va y avoir d'autres nécessités qui sont obligatoires, qui ne sont pas forcément obligatoires pour tout le monde mais pour moi qui sont primordiales : la voix et la chirurgie faciale, c'est le passing. 14) Pour moi l'opération c'est pas une nécessité, le traitement hormonal c'est une nécessité, la voix c'est une nécessité, après la chirurgie esthétique ça relève du choix et après je vois pas. 15) Le choix personnel je pense que c'est tout ce qui est esthétique je prends un exemple, le nez par exemple, après la nécessité pour

¹³¹ La personne exprime qu'elle a eu les moyens financiers de faire l'opération en Thaïlande.

moi c'était la vaginoplastie, les seins et voilà. 16) La nécessité c'est celle de devenir ce que je suis aujourd'hui, d'entamer un traitement etc. parce que c'est pas un choix ça s'impose à nous comme une nécessité ; ensuite les choix ça va vers l'image de la femme qu'on veut avoir de soi, l'image qu'on se construit et vers quel idéal on veut aller. 17) On pourrait dire que la rééducation vocale est un choix et pas une nécessité même si ça s'en rapproche, le traitement hormonal c'est une nécessité c'est pas un choix pour moi... finalement tout relève du choix ou tout relève de la nécessité. 18) Je pense que l'ablation de la poitrine c'est une nécessité c'est pas un choix personnel, après le choix personnel c'est aller chez le meilleur chirurgien ou pas. 19) Je ne pense pas qu'entamer un tel parcours soit vraiment un choix, pour moi c'est une nécessité parce que si on reste comme on est ça va pas aller. 20) Les modifications que je m'inflige, elles sont pour moi toutes nécessaires, enfin elles sont nécessaires à mon bien-être j'entends, elles sont nécessaires pour lutter à ce coup de « pas de bol » quoi. 21) Disons que tout était nécessaire et disons qu'il y a des nécessités impérieuses et qu'il y a des nécessités peut-être moins impérieuses ; il y a des choses que si je n'avais pas pu les faire j'aurais certainement fait avec, si je n'avais pas eu l'argent ; mais par exemple l'épilation c'est absolument impérieux, la vaginoplastie aussi, la laryngoplastie si je n'avais pas eu l'argent j'aurais certainement fait avec, surtout que je n'avais pas une pomme d'Adam extrêmement importante ; mais d'une certaine façon tout m'a été nécessaire parce que ce qui était important c'était de se transformer.

Synthèse :

Toutes les personnes interrogées parlent de nécessité.

- Neuf personnes évoquent directement la nécessité de la modification de leur apparence physique : « *tout est nécessité pour s'approcher au mieux de l'idéal* », « *je pense que la nécessité est liée à l'apparence* », « *mon opération c'est vraiment une nécessité pour arriver à l'objectif, la féminisation* », « *La nécessité c'est celle de devenir ce que je suis aujourd'hui* », « *d'une certaine façon tout m'a été nécessaire parce que ce qui était important c'était de se transformer* ».
- Quatre personnes disent que tous les actes médicaux sont nécessaires à leur transformation.
- Huit personnes mentionnent des actes chirurgicaux comme étant nécessaires à leur transformation.
- Quatre personnes évoquent l'hormonothérapie comme nécessité.

Six personnes pensent que certains actes relèvent du choix.

- Deux personnes mentionnent le choix de débiter leur parcours.
- Deux personnes parlent du choix esthétique, c'est-à-dire qu'elles choisissent l'image qu'elles veulent donner.
- Deux personnes mettent en avant le choix de leur parcours : choix du chirurgien, choix de l'organisation.

Les réponses obtenues montrent combien ce parcours médical relève de la nécessité.

C'est la réponse à un besoin, celui de mettre en conformité son apparence physique à son genre ressenti. C'est bien de besoin qu'il s'agit et non de choix, car cette nécessité semble primordiale pour le bien-être de la personne, voire sa survie : « *Je ne pense pas qu'entamer un tel parcours soit vraiment un choix, pour moi c'est une nécessité parce que si on reste comme on est ça va pas aller* ».

Les actes qui relèvent du choix lorsqu'ils mentionnent la chirurgie font bien la distinction entre féminisation et esthétique. Le choix du praticien et de l'organisation du parcours rappellent la liberté du patient sans pour autant que celle-ci soit revendiquée dans les réponses obtenues à cette question.

7) Est-ce qu'il y a des questions éthiques que vous vous posez dans votre parcours, ou que vous vous êtes posées ?

1) Non ; le problème au niveau éthique, je n'ai pas de problème vis-à-vis de moi, vis-à-vis de mon parcours puisque moi tout me paraît tellement naturel en fin de compte la réalisation du parcours c'est une nécessité. 4) Non. 5) Pas réellement, je n'ai pas eu ce sentiment j'ai senti beaucoup d'écoute, ça m'a libéré de certaines pudibonderies que j'avais dans ma jeunesse, j'avais été élevée comme ça. 6) Je me suis posé des questions par rapport à la religion parce que mes parents sont religieux et que j'ai été élevé dans un milieu comme ça et que je me suis posé des questions, mais bon je suis comme ça et donc j'ai décidé de continuer. 7) Est-ce que je me demande si ce que je fais est bien ou mal ? Je ne me pose pas la question, mais je sais que, en faisant des choses qui sont bien pour moi, je fais du mal aux autres. 8) Non je n'en ai pas pour le moment. 9) Non, mais disons que maintenant c'est un peu embêtant parce que tant qu'on est encore dans le parcours médical on se dit que s'il nous arrive quelque chose, si on a un accident et qu'on passe sur le billard comment on est vu par les autres médecins. 10) Non j'en vois pas. 11) Non. 12) Non. 14) Par rapport à mon propre parcours non. 15) Oui, le fait d'avoir un enfant j'ai envie d'être maman, je me dis que j'aurais pu être maman biologique dans le sens où j'aurais pu congeler mon sperme ; j'ai pas voulu le faire pour une question d'éthique parce que je voyais mal comment expliquer à mon

enfant que j'étais sa maman sociale et également son papa biologique ça je ne pouvais pas ; maintenant les questions qui se posent à moi c'est l'adoption, comment gérer pour le bien-être de l'enfant. 16) Oui, parce qu'au début je voulais faire une conservation de sperme pour le cas où j'aurais eu envie d'avoir un enfant bien à moi et quand je suis allée au Cecos le docteur m'a dit : « non ce n'est pas la femme qui donne le sperme » c'est une question éthique que je peux plus ou moins comprendre et que je trouve dommage... C'est une stérilisation qu'on subit, parce qu'il n'y a pas le choix après d'avoir son propre enfant et c'est assez frustrant et c'est blessant. 17) Oui, par exemple le fait d'être remboursé par la Sécurité sociale, voilà on a besoin de ce remboursement et quelle place on a donc ? 18) Non, je suis bien dans ma peau. 19) Aucune. 20) Non, je ne crois pas. 21) Pour moi ce parcours est un parcours éthique, c'est un parcours d'authenticité, ça répond à une éthique existentielle.

Synthèse :

Onze personnes disent ne pas se poser de question éthique, répondant brièvement comme si la question ne se posait pas. Dans le sens où ce parcours est vécu comme une nécessité existentielle, un questionnement éthique ne semble pas avoir sa place dans ce type de décision : « moi tout me paraît tellement naturel en fin de compte la réalisation du parcours c'est une nécessité ».

Six personnes qui répondent par l'affirmative à la question.

Elles soulèvent le problème des enfants, existants ou à venir ; le souci de ne pas choquer ou faire souffrir leur famille est bien présent, mais s'il crée une réflexion et certains aménagements de parcours, il n'entame pas leur détermination. L'autre question par rapport aux enfants est celle de l'enfant à venir ; le fait de ne pas pouvoir avoir un enfant « naturel » est vécu comme une stérilisation imposée par la société qui leur refuse la conservation du sperme, ou comme un choix personnel face à la difficulté d'expliquer à l'enfant ce qui s'est passé.

Sont soulevées aussi la prise en charge par la société des frais médicaux, c'est-à-dire le remboursement par la Sécurité sociale des actes médicaux liés au parcours transsexuel, la question par rapport à la religion, le fait que le parcours transsexuel est un parcours éthique en lui-même.

Une personne assimile la question éthique au jugement qu'elle a porté sur son état compte tenu de son éducation mais s'est sentie libérée de ça grâce à l'écoute qu'elle a eue de la part des autres.

8) En quoi pensez-vous que les médecins sont responsables vis-à-vis de vous dans ce parcours ? Quelles sont la (ou les) responsabilités qui leur incombent ?

1) Notamment de l'information, du danger du traitement hormonal par exemple, il y a un danger, on n'a pas assez de recul et malgré ce danger on ne peut pas ne pas prendre ce traitement ; ce qu'on attend du médecin c'est de nous informer au mieux de leurs connaissances. 4) Je pense qu'elle est responsable quand elle tombe sur une personne qui n'est pas bien dans sa peau et qui s'engage dans un parcours... Si j'avais eu un trouble du comportement de pouvoir le déceler. 5) Je pense essentiellement de vous redonner confiance... Le chirurgien a une très forte responsabilité de façon à ce que le résultat soit là, c'est une responsabilité technique... la responsabilité c'est de ne pas nous laisser isolés, de ne pas nous laisser sans savoir même s'ils ne savent pas tout sur le transsexualisme. 6) Je pense, pour l'endocrinologue, qu'il nous suive, nous dire ce qui est bien, pas bien, ce qu'on doit prendre comme quantité d'hormones. Sinon ils sont responsables du bien-être de la personne, que tout se passe correctement quoi. 7) Je pense qu'ils doivent respecter le choix de la personne tout en l'encadrant parce que je pense que la personne qui fait un parcours est dans l'affect et je pense que d'avoir des professionnels qui ne sont pas dans l'affect ça peut aider la personne. 8) D'obtenir le meilleur résultat de féminisation, que ma personne se sente bien et ne reste pas dans une chose qui n'est ni l'un ni l'autre. 9) La dernière fois quand le psychiatre m'a dit qu'ils n'étaient pas très forts en chirurgie ; je trouve que c'est une info que j'aurais pu avoir avant, je pense qu'il y a certaines choses que je n'aurais pas faites avec eux ; leur responsabilité c'est le manque d'information ; ils doivent être honnêtes parce que ça c'est quand même de l'honnêteté de dire : « y a des choses qu'on sait faire et il y en a d'autres qu'on ne sait pas ». 10) Réussir l'opération... Pour la psy je dirais que je ne passe pas en déprime comme soi-disant les trois-quarts des trans finissent... Me faire prendre conscience des risques, accéder à ma demande, enfin mes besoins tout en me faisant prendre conscience que pour certaines choses il faut pas aller trop vite. 11) Leur devoir ça serait d'être plus à notre écoute, en fait là y a pas d'écoute, y a rien. 12) Il a une responsabilité dans la mesure où il doit gérer et contrôler ce qu'il nous fait, ce qui n'est pas toujours malheureusement le cas¹³². Et puis il y a un problème suivant les personnes, on n'a pas tous accès à la même médecine si on prend un parcours « officiel » en France ; moi j'ai pas envie de passer 10 ans à arriver à un résultat... Le psychiatre doit se rendre compte si la personne qui vient le voir est une vraie transsexuelle par rapport à d'autres personnes qui ont plus des notions de fantasmes et c'est au psychiatre de le détecter ça. 14) Je pars du principe que le médecin en sait plus sur ma propre problématique que moi ; il a cette responsabilité qu'il est plus expert que moi dans ce domaine-là, donc il ne faut pas qu'il se

¹³² La personne fait ici référence à des difficultés de suivi qu'elle a eues avec son endocrinologue.

plante sur ce qu'il dit. 15) *Déjà ma santé dans un premier temps... La rapidité de mon parcours quelque part, car ça a un impact sur mon intégration sociale ; plus les choses vont vite, plus vite on est intégré et moins de temps on passe dans un mal-être.* 16) Le psychiatre n'a aucune responsabilité, il n'a rien à voir dans mon parcours, je le défendrais bec et ongles ; ensuite au niveau de la chirurgie, il faudrait que les chirurgiens soient beaucoup plus ouverts et beaucoup plus intéressés au sujet... La responsabilité des médecins c'est de ne pas mépriser le sujet à cause de tous les stéréotypes qu'on peut avoir. 17) *C'est de veiller au bon suivi du parcours du patient tout au long du parcours... Parce que c'est une partie inhérente à la santé de la personne, le traitement hormonal et les chirurgies qui s'en suivent ; le médecin doit savoir me dire les conséquences du traitement hormonal sur ma santé.* 18) Leur responsabilité c'est quand ils ne sont pas bien formés ; quand un chirurgien n'est pas très bon on le regrette toute sa vie, ils tiennent notre corps entre leurs mains, ils sont responsables de notre vie... Le psychiatre s'il y a quelqu'un qui n'est pas trans, de bien le diagnostiquer. 19) *La responsabilité au niveau du traitement en lui-même.* 20) Je crois que la principale c'est de ne pas rater l'opération... Aussi de proposer un accompagnement psychologique. Je pense une responsabilité technique et aussi une responsabilité à veiller que la personne aille bien... Qu'il l'aide psychologiquement à supporter, ça c'est le minimum syndical, les souffrances liées au transsexualisme. 21) *Je pense que c'est selon les médecins bien sûr, mais je pense que leur grande responsabilité c'est de ne pas se tromper dans le diagnostic qu'ils opèrent ou non ; qu'ils soignent une personne qui corresponde bien à la problématique et que ça apporte une solution.*

Synthèse :

Neuf personnes évoquent la responsabilité technique du praticien. Responsabilité du résultat pour le chirurgien, responsabilité des prescriptions pour l'endocrinologue.

Huit personnes pensent que le médecin est responsable de leur état de santé ; la santé « médicale » par le bon suivi des traitements et la responsabilité technique des chirurgiens, mais aussi la santé générale par l'accompagnement du patient dans le respect de son parcours. Les personnes Trans indiquent clairement ici leur besoin du « cure et du care » c'est-à-dire le besoin d'être soignées et que l'on prenne soin d'elles : *« Je pense une responsabilité technique et aussi une responsabilité à veiller que la personne aille bien ».*

Cinq personnes pensent que le praticien est responsable de leur information. C'est une demande d'information technique qui concerne le traitement, les risques et les possibilités quant au changement effectif d'apparence.

Quatre personnes attribuent au médecin la responsabilité du diagnostic. Il s'agit d'un diagnostic différentiel pour détecter une personne qui ne serait pas transsexuelle ou de détecter d'éventuels troubles associés au transsexualisme.

Deux personnes évoquent la capacité d'écoute et de respect du sujet comme responsabilité inhérente au clinicien.

Une personne dit que les médecins sont responsables de son intégration sociale, par rapport au temps du parcours ; plus celui-ci est long et les actes espacés, plus l'intégration sociale se trouve ralentie.

Une personne aborde la notion de formation des médecins.

9) Quelles sont vos responsabilités par rapport à votre transition ?

1) Pour moi j'estime que quand vous êtes transsexuelle vous devez être parfaite partout, on est tout le temps jugées par rapport à ce que l'on fait, par rapport à nos actes, à nos faits et gestes, trop féminins, trop masculins, c'est la responsabilité qu'on nous impose ; le problème c'est qu'on l'intègre et en fin de compte on a tellement ce désir de réussite qu'on veut être parfaites et c'est très lourd. Sinon je me sens responsable de vivre... Le fait que je suive un parcours qui met ma personne en danger, mais ça je suis responsable de moi. Je demande au médecin qu'il y ait une information mais même sachant qu'il y a un danger je le ferais quand même parce que c'est une nécessité, je ne peux pas faire autrement. 4) De ma vie personnelle déjà, de la réussir, de ne pas faire n'importe quoi c'est le principal. Vis-à-vis de la société qu'il n'y ait pas de provocation... C'est le respect des autres. 5) C'est de mieux faire connaître la « cause », donc une responsabilité de partage. Après il y a une discipline à avoir, il y a des actes postopératoires importants et il ne faut pas gâcher le travail qui a été fait ; même au niveau de la vie elle-même il ne faut pas faire d'excès, il faut entretenir sa santé. 6) De suivre mon traitement au niveau des hormones comme il faut, et puis aller jusqu'au bout de mon parcours. 7) Essayer de vivre ça le mieux possible, essayer de faire en sorte que certains sacrifices ne soient pas vains, essayer de ne pas courir après une chimère. 8) C'est assumer ma transition, assumer la personne que je suis. Socialement parlant, c'est m'intégrer dans la société complètement. 9) Je ne sais pas quoi répondre. 10) Juste refaire ma vie, commencer ma nouvelle vie, enfin, ne pas tomber dans la marginalité. 11) C'est d'essayer de rester en vie, ça c'est un devoir. 12) Mes responsabilités c'est de suivre correctement tous mes traitements, toutes mes visites le plus régulièrement et faire ça avec un suivi le plus optimal possible ; je suis extrêmement gêné quand je rate un rendez-vous ; c'est un engagement : j'ai commencé, je veux continuer, je ne veux pas déroger à ce que j'ai commencé ; je vais jusqu'au bout et dans un temps que je me suis fixé. 14) C'est faire le travail le plus approfondi possible pour aller au plus proche d'une guérison... C'est

faire en sorte que les symptômes soient suffisamment légers pour que je n'aie plus besoin de faire une transition... Ou alors ça voudrait dire que ma transition est justifiée parce que je ne pourrais pas aller plus loin. En fait, sachant que ça fait 13 ans que je suis en analyse il aurait dû se passer quelque chose. 15) *Moi je pense qu'il faut que je sois investie et qu'il faut que je sois active ; si je me laissais mener, il aurait fallu que j'aie vu l'équipe officielle et là je me laissais porter ; et comme je ne suis pas une personne assistée je vais au-devant de tout ce que j'ai besoin de faire. Ma responsabilité c'est d'être actrice de mon parcours.* 16) *Moi ma responsabilité c'est d'être le plus féminine possible, c'est d'être bien ancrée dans le genre auquel je veux être assimilée, ensuite vis-à-vis des autres transsexuels c'est de donner une bonne image de la personne que je suis pour que justement il puisse y avoir moins d'a priori sur les gens comme nous ; il y a beaucoup de responsabilité au niveau social.* 17) *Ça serait de m'engager plus, par exemple au niveau de ma rééducation vocale, je n'en fais pas beaucoup ; et puis aussi au niveau de mes revendications je devrais plus m'engager avec mes consœurs dans notre reconnaissance.* 18) Je me sens responsable de moi, c'est un peu égoïste de dire ça mais je me sens responsable d'aller chez un bon chirurgien, de ne pas me tromper, être bien informé pour ne pas me tromper, si jamais je me trompe eh bien je me rate. 19) *Le choix d'avoir commencé le traitement... je me suis mal exprimé, le choix de faire quelque chose ou de ne rien faire.* 20) C'est de me poser les bonnes questions... ma responsabilité c'est de jouer le jeu entre guillemets, pour moi-même c'est-à-dire de me poser honnêtement les bonnes questions et de ne pas partir du postulat « il faut que je me fasse opérer » ; c'est-à-dire de honnêtement de me demander : « est-ce que je peux accepter la situation comme elle est aujourd'hui ? Oui ou non », et en fonction de la réponse continuer à avancer ; c'est une responsabilité uniquement envers moi... Mais quelque part si je suis honnête envers moi-même je le serais de fait envers mes parents, je le serais de fait envers la société. 21) *C'est le sérieux de ma démarche.*

Synthèse :

Sept personnes évoquent une responsabilité vis-à-vis de la société : « *Vis-à-vis de la société qu'il n'y ait pas de provocation* », « *Socialement parlant c'est m'intégrer dans la société complètement* » ; c'est un désir d'intégration sociale mais aussi de respect des autres, pour ne pas choquer. Parmi elles, trois vont dans le sens d'une responsabilité militante pour mieux faire connaître et respecter ce qu'elles sont : « *C'est de mieux faire connaître la « cause », donc une responsabilité de partage* ».

Cinq personnes estiment être responsables de leur santé, par le bon suivi des actes médicaux, et par le soin de leur santé générale.

Quatre personnes parlent de responsabilité de vivre le mieux possible, voire de rester en vie : « *C'est d'essayer de rester en vie, ça c'est un devoir* ».

Quatre personnes disent être responsables de leurs actes : « *C'est assumer ma transition* », « *Ma responsabilité c'est d'être actrice de mon parcours* », « *le choix de faire quelque chose ou de ne rien faire* ».

Trois personnes pensent que l'honnêteté est une responsabilité qu'elles se doivent par rapport à elles-mêmes. C'est-à-dire se poser les bonnes questions, s'assurer du sérieux de leur démarche.

Deux personnes se sentent responsables de mener leur transition jusqu'au bout.

Une personne ne sait pas quoi répondre.

10) Si vous ne l'avez pas encore faite, avez-vous déterminé la date de votre chirurgie de réaffectation ? Où se fera-t-elle ? Pourquoi ?

1) Non, demain si j'ai l'argent... en Thaïlande. 4) J'ai pensé à la chirurgie quand j'aurai de l'argent ce qui n'est pas tellement le cas actuellement. 5)... 6)... 7) Non... en Thaïlande. 8) La date sera validée la semaine prochaine, je suis en train de voir pour les billets d'avion, je pense qu'elle aura lieu début novembre... En Thaïlande. 9)... 10) Pas encore fait... France ou Europe. 11)... 12) Oui fin mars 2012... en Thaïlande. 14) Non. 15)... 16) C'est à l'ordre du jour mais dans un jour lointain, petit à petit l'idée commence à venir et le désir aussi ; avant ce qui comptait c'était l'apparence avant tout, c'est d'abord visuel et ce n'est pas ce que j'ai entre les jambes, mais je ressens de plus en plus cette envie d'être une femme à part entière je le ressens de plus en plus ce désir d'être une femme, d'avoir un sexe féminin ou parce que c'est de plus en plus difficile d'avoir un sexe masculin... Je pense la faire en Thaïlande, les chirurgiens sont très impliqués dans la cause et très chaleureux et c'est vraiment ce qu'il faut, c'est pas vraiment facile de passer par là c'est pas uniquement une question esthétique c'est vraiment nécessaire. 17) Non... En Thaïlande. 18) À peu près vers mars 2012... à Lyon a priori. 19) Non c'est trop tôt. 20) J'aimerais qu'elle soit au niveau de juin dans un an... En France. 21)...

Synthèse :

Parmi les personnes interrogées trois n'ont pas encore décidé si elles feraient une intervention de réaffectation sexuelle ; l'idée commence à se former pour l'une d'elles.

L'intervention à l'étranger reste le choix majoritaire.

Deux personnes évoquent le souci financier.

Trois personnes souhaitent qu'elle soit faite en France.

Un an après, les points de vue quant à l'intervention chirurgicale de réaffectation ont peu évolué. Parmi les quatre personnes qui hésitaient, une a décidé de se faire opérer. Le choix de l'intervention chirurgicale en France n'a pas augmenté.

Personne n'a, par contre, annulé sa décision de se faire opérer.

11) Avez-vous entrepris des démarches juridiques ? Lesquelles ?

1) Non, mais j'aimerais bien faire un acte de notoriété pour le changement de prénom mais il est obligatoire de passer par le notaire et c'est entre 200 et 800 euros. 4) Non, aucune parce que je ne vois pas de solution tant que je ne suis pas opérée. 5) Oui, j'ai repris contact avec mon avocate. 6) Non. 7) Non. 8) Elles ne sont pas encore mises en place, j'ai dit que j'attendrais mon opération pour faire les démarches. 9) C'est fini, ça a été très rapide avec moi c'était l'avocat qui travaillait à Foch. 10) Pas du tout. 11) Tout est fait et fini pour moi. 12) Acte de notoriété pour changer de prénom. 14) Aucune. 15) Aucune pour des questions financières. 16) Pas encore, pour moi ça devrait être accordé sans aucun frais, sans démarche juridique parce qu'on dépense quelques milliers d'euros pour se faire opérer, je trouve ça indécent de payer un avocat pour plaider notre cause alors que notre motivation est suffisamment démontrée. 17) Aucune. 18) Pour changer d'état civil ; j'ai déjà changé de prénom mais il me reste l'état civil. 19) Pas encore... Je n'ai pas encore choisi mon prénom, mais je me suis renseigné pour mon diplôme pour savoir s'il sera possible de le mettre à un autre nom ; mon responsable de formation m'a dit qu'il m'en ferait deux, enfin qu'il essaierait. 20) Non. 21) Je commence, j'ai pris contact avec un avocat, c'est le début.

Synthèse :

Douze personnes n'ont pas encore entrepris de démarches juridiques.

- Trois évoquent un souci financier.
- Deux personnes attendent l'intervention de réaffectation sexuelle.

Huit personnes ont fait des démarches juridiques.

- Deux personnes ont changé leur état civil.
- Trois personnes ont modifié ou souhaitent modifier leur prénom.
- Trois personnes ont pris contact avec un avocat pour entreprendre les démarches.

Bien que la question de la modification rapide de l'état civil soit une revendication des personnes Trans, il semble que les personnes attendent la fin de leur modification pour entreprendre des démarches juridiques. La méconnaissance des lois et le manque d'information sont des raisons de cette attente. Le problème financier est évoqué. Il est possible que la lourdeur des démarches soit aussi un frein à cette action qui se surajoute au parcours médical. Par ailleurs, bien que ce ne soit pas mentionné dans cet entretien, le

changement d'état civil suppose, compte tenu de la loi française, que la personne soit célibataire, puisque le mariage homosexuel est interdit. Divorcer est donc obligatoire pour les personnes mariées, avant de pouvoir prétendre à un changement complet de l'état civil.

12) Comment se passent vos relations avec votre famille, vos amis, votre entourage professionnel ?

1) Ce qui est étonnant c'est qu'ils ont l'impression que je ne suis plus tout à fait un homme, ils ont des attitudes... ils se proposent de me prendre des choses qui sont lourdes avec lesquelles physiquement j'ai du mal, ils ont un comportement typiquement masculin vis-à-vis de moi, j'ai ressenti ce changement sur une période de trois ans, mais ça se passe bien. Ma famille, ça se passe très bien, ma fille m'a offert un beau sac à main, avec ma femme c'est un peu plus difficile. 4) Super bien, si vous voulez du côté de ma famille j'ai une sœur qui est très tolérante, je ne pensais même pas à ce point-là, mes collègues c'est super bien. 5) Mon frère a cheminé et il a repris contact avec moi il y a 5 mois ; après du côté de mon réseau il n'y a pas eu d'évolution ma démarche était déjà acceptée ; je fais de nouvelles connaissances encore plus facilement qu'avant. 6) Pour l'instant ça se passe bien mais après je ne sais pas comment ça se passera. 7) Hormis la famille je dirais bien. 8) Avec ma femme elle ne veut pas parler, on vend la maison on ne négocie pas ; les enfants ils m'acceptent... j'avais un ami homosexuel mais notre relation s'est rompue parce qu'il m'a dit que je devenais trop femme pour lui ; il faut que je recrée, que je revienne sur des amis anciens mais ils ne le savent pas encore... professionnellement ça se passe bien. 9) C'est impec. 10) Toutes très bonnes en général. 11) Tout mon entourage il n'y a aucun problème ça passe super bien. 12) Vis-à-vis de certaines personnes dans la famille ça s'est modifié il y en a que je ne vois plus ; par exemple ma femme a été à la communion d'un de mes neveux, moi je n'étais pas invité ; c'est quand même étonnant que ma femme soit invitée dans ma famille et pas moi. 14) Ma famille j'ai plus de lien depuis longtemps, mon entourage ils doivent sentir un peu des trucs, j'ai quelques remarques... ce n'est pas des remarques c'est plus que les normes sont rappelées... en fait ce que je sens c'est que je leur renvoie le fait que je deviens hors normes, je viens les secouer. 15) Au début dans mon travail ça n'a pas été évident, maintenant ça se passe bien les gens sont adorables avec moi mais je ne resterais pas dans mon travail parce qu'il y aura toujours des anciens dans mon dos pour dire : « tu vois elle, avant, c'était il ». Au niveau de mes amis ça se passe bien ; au niveau de ma famille c'est « couci-couça » il n'y a pas de rejet il y a un soutien sans faille mais ils ne me perçoivent pas comme une fille à part entière donc c'est assez compliqué pour moi à gérer, c'est assez compliqué pour ma famille proche. 16) J'ai préféré prendre un peu de distance avec ma famille, ça vient de moi ; je les voyais déjà assez rarement parce que

quand je les voyais c'était toujours mon ancien prénom avec des ils et des adjectifs au masculin et j'en ai beaucoup souffert et ça nous fait régresser, c'est très douloureux. 17) Ma famille c'est très compliqué ça reste tendu on garde ça au niveau tabou ; mes amis j'en n'ai pas tellement ça reste dispersé, c'est surtout des amis transsexuels alors bien sûr le contact est facile et à la fac j'ai pas eu l'occasion de me montrer comme transsexuel mais peut-être l'année prochaine. 18) Dans mon travail ils ne savent pas que je suis trans et il n'y a pas de problème je suis un garçon et ça se passe bien... maintenant ma mère m'appelle O¹³³ mon père aussi ; ma mère me dit que maintenant je dois aller jusqu'au bout je ne dois pas rester comme ça... pour les amis totalement je suis O... 19) Au niveau de mon entourage professionnel ça se passe très bien j'ai même été un peu surpris, en tout cas face à moi ; vis-à-vis de ma famille je ne les ai pas vus, on garde contact par téléphone, ça se passe bien mais je doute que s'ils me voyaient ça se passerait pareil mais bon je sais très bien que tôt ou tard il faudra le faire. 20) Ma famille non ça ne s'est pas du tout modifié, par rapport à mes amis oui ça a été drastique, j'avais envie de repartir à zéro, qu'on me voie comme je suis aujourd'hui et pas traîner les casseroles du passé donc je pense qu'avec 90% de mes connaissances j'ai coupé court. 21) Depuis un an il y a des gens qui ne m'ont pas tourné le dos mais qui se sont éloignés on va dire... Au travail c'est un problème psychologique à l'intérieur de moi-même, je n'arrive pas à connecter ce monde émotionnel qui est le mien avec cet environnement, alors qu'à l'extérieur ça va bien, pourtant mes collègues sont très gentils ils font des efforts pour m'appeler par mon prénom féminin.

Synthèse :

Neuf personnes estiment que toutes leurs relations se passent bien.

Huit personnes font état de difficultés.

- Six d'entre elles parlent de difficultés familiales.
- Une personne a des difficultés avec ses amis.
- Une personne rencontre des difficultés personnelles à exprimer son changement au niveau professionnel.

Les relations avec la famille sont celles qui posent le plus de problèmes. La décision du parcours de modification n'entraîne pas que la personne qui décide. Il est plus facile de négocier cette transformation au niveau social (amis et profession) que sur le plan familial. En ce qui concerne les parents et frères et sœurs, s'ils n'acceptent pas la transformation et ne soutiennent pas la personne dans ses démarches, le lien devient complexe. Le besoin de reconnaissance est important. Il est nécessaire que les personnes Trans prennent conscience que leur démarche peut être vécue de façon brutale par les membres de leur

¹³³ Prénom masculin choisi par la personne

famille qui n'ont pas suivi le cheminement progressif qu'elles ont vécu. L'acceptation par la famille peut demander du temps et des explications. Même s'il n'y a pas de rejet catégorique elle doit changer ses habitudes, sa vision de la personne ; cela ne peut pas se faire instantanément : *«Au niveau de ma famille c'est « couci-couça » il n'y a pas de rejet il y a un soutien sans faille mais ils ne me perçoivent pas comme une fille à part entière donc c'est assez compliqué pour moi à gérer », « Je les voyais déjà assez rarement parce que quand je les voyais c'était toujours mon ancien prénom avec des ils et des adjectifs au masculin et j'en ai beaucoup souffert et ça nous fait régresser, c'est très douloureux »*. Le côté relations sociales de la famille est aussi en jeu ; la personne Trans en ce qu'elle véhicule des tabous liés à la moralité est source de rejet : *«ma femme a été à la communion d'un de mes neveux, moi je n'étais pas invité ; c'est quand même étonnant que ma femme soit invitée dans ma famille et pas moi »*.

Les relations avec le conjoint sont aussi sources de difficultés : *« Avec ma femme elle ne veut pas parler, on vend la maison on ne négocie pas », « Avec ma femme c'est un peu plus difficile »*.

Ces tensions apparaissent peu dans nos entretiens. Toutefois notre expérience en tant qu'orthophoniste recevant de nombreuses personnes Trans nous a montré que les relations avec le conjoint peuvent se détériorer après que celui-ci ait semblé accepter la transformation.

La modification grandissante de l'apparence physique, qui oblige le conjoint à modifier sa relation avec son mari ou sa femme, le regard de la société vis-à-vis de leur couple, la prise en compte des réactions des enfants, surtout s'ils sont encore jeunes, oblige le conjoint de la personne Trans à des adaptations qu'il n'avait pas prévues et qu'il ne souhaitait pas forcément.

Le divorce nécessaire au changement d'état civil est aussi un facteur important de conflits. C'est parfois à ce moment-là que toutes ces adaptations forcées se cristallisent autour des questions financières, ou de la façon dont s'organise le contact avec les enfants.

13) Qui devrait donner l'information au départ ?

1)... 4) En principe les associations ; c'est elles vers qui on se tourne en premier, c'est le rôle des associations de guider, d'informer. 5) Il y a très longtemps quand j'ai commencé à me poser des questions, j'aurais aimé en parler au médecin généraliste. 6) Dans un monde idéal, je pense qu'il faudrait le savoir dès l'école, il faudrait traiter les questions de genre. 7) Je pense que les généralistes ont un grand rôle à jouer dans l'affaire. 8) C'est une question très importante car il y a des personnes Trans qui sont venues vers moi après avoir parlé à des professionnels mais qui n'ont pas apporté de bonnes réponses... dans l'idéal ? Je ne sais pas si un médecin pourrait s'afficher comme : « je suis un spécialiste des personnes

Trans ». 9) Je pense que ça devrait être une info qui passe dans tout ce qui est médical, qu'il n'y ait plus le problème de l'éthique « ça n'est pas dans mon éthique, je ne sais pas où ça se fait ». 10) Ça serait bien que ce soit le médecin traitant. 11)... 12) Une association, mais c'est vrai que chacun commence différemment. Il n'y en a pas deux qui commencent de la même façon, donc les conseils de l'une sont pas forcément les conseils de l'autre. 14) Déjà je pense que les psys devraient être mieux formés... ensuite je pense que les associations sont quand même là. 15) Par exemple un comité, un réseau, le médecin traitant. 16) Ses parents. 17) Le plus évident ça serait le médecin généraliste ou même la famille directement mais elle est moins à même, elle n'a pas le recul. 18) Tous les spécialistes, l'endocrinologue car il a parfois à faire à des gens comme nous. 19) Il faudrait que ce soit une structure reconnue. 20) Si on était dans un monde parfait... On en parle à nos parents, nos parents qui n'auraient pas de blocage par rapport aux psychologues en pensant que c'est des charlatans... il y a un tel tabou. 21) L'idéal ça serait son médecin généraliste ; c'est lui qui devrait se poser des questions et avec une bonne information il devrait pouvoir donner des pistes et amener le patient à consulter un spécialiste, comme il fait pour n'importe quelle autre maladie.

Synthèse :

Dix personnes pensent que l'information devrait venir des médecins.

- Six d'entre elles citent le médecin généraliste ou le médecin traitant ;
- Trois ne précisent pas ;
- Une souhaiterait que les psychiatres ou psychologues soient mieux formés.

Cinq personnes estiment que c'est une question d'ordre sociétal.

- Quatre d'entre elles aimeraient que les parents soient mieux informés sur le transsexualisme ;
- Une pense que l'information devrait être donnée à l'école.

Trois personnes pensent que c'est le rôle des associations.

Deux personnes aimeraient qu'il existe une structure appropriée. «*Par exemple un comité, un réseau* », «*Il faudrait que ce soit une structure reconnue* ».

Le besoin d'une information donnée par les médecins est logique compte tenu des actes médicaux qui seront pratiqués. Elle n'est pas unique. Les réponses obtenues montrent que la dimension sociale est importante, que ce soit par la connaissance de ce phénomène par les parents, l'information faite par l'école ou l'existence d'une structure appropriée.

15) Vous manque-t-il quelque chose dans votre parcours?

1) L'argent, je pense que d'être un peu plus tranquille au niveau financier ça me permettrait d'être un peu plus détendue. 4) J'aurais des papiers femme, je serais opérée, il n'y aurait aucun problème... l'argent manque parce que là j'ai d'autres choses à payer, j'ai des responsabilités. 5) D'en finir avec mon état civil mais sinon ça va et puis reprendre le travail. 6) La prise en charge, comme ça je pourrais faire toutes mes opérations. 7) Le temps, dans un parcours on a l'impression que ça n'avance pas assez vite et des fois on a envie de baisser les bras parce que l'on se retrouve freiné par des tas de choses. 8) Encore quelques petits détails, la poitrine, les fesses, des détails physiques. 9) La longueur du temps. 10) Ce qui m'inquiète aujourd'hui c'est le boulot en fait ; on ne sait pas vers qui se tourner, comment, à quel moment et encore je ne suis pas trop malheureuse j'ai un minimum¹³⁴, mais cela ne sera pas suffisant et ça va pas durer éternellement. 11) Il me manque tellement de choses, il me manque tout c'est du raté depuis la naissance, il manquera toujours quelque chose. 12) Non il y a des choses que je n'ai pas entamées et que je ferai plus tard. 14) La sécurité de l'emploi futur. 15) Je suis encore en chantier, il me reste les dents, le nez, le menton et la poitrine et puis les papiers, en fait il me manque des sous et puis le remboursement de mon opération en Thaïlande. 16) Je n'en ai pas l'impression... Après au niveau personnel c'est difficile de faire ce type de parcours, mais c'est personnel. 17) C'est de pouvoir vivre plus aisément en fille. 18) J'aimerais bien que ça avance plus vite. 19) Du social. 20) Je pense qu'il devrait y avoir une aide effectivement, je sais que ça va en faire hurler certains... une petite aide financière pour compenser si on n'arrive pas à trouver de travail et puis merci au revoir une fois que c'est fait tout va bien ; en fait pour compenser la discrimination tout simplement. 21) A priori non je ne vois pas il n'y a pas de frustration particulière.

Synthèse :

Trois personnes disent ne manquer de rien.

Cinq personnes citent le manque d'argent qui ralentit leur transformation.

Sept personnes avancent un manque au niveau social.

- Trois d'entre elles s'inquiètent pour leur avenir professionnel ;
- Deux l'expriment par : « C'est de pouvoir vivre plus aisément en fille », « Du social » ;
- Deux aimeraient que leur changement d'état civil soit fait.

¹³⁴ La personne sera au chômage à partir du 1^{er} septembre 2011

Deux personnes évoquent le manque de temps dans le sens où leur transformation ne se fait pas assez vite : « *Le temps, dans un parcours on a l'impression que ça n'avance pas assez vite et des fois on a envie de baisser les bras parce que l'on se retrouve freiné par des tas de choses* », « *La longueur du temps* ».

Deux personnes font état d'interventions qui n'ont pas encore été effectuées ; l'une évoque la cause financière.

Une personne enfin parle d'un manque existentiel : « *Il me manque tellement de choses il me manque tout c'est du raté depuis la naissance, il manquera toujours quelque chose* ».

Cette question a été posée à des personnes qui n'ont pas fini leur transition.

Le besoin d'argent comme facilitateur du parcours médical et juridique est évoqué, il met en évidence avec la notion de manque de temps le désir des personnes de terminer leur transition rapidement une fois qu'elles ont commencé.

L'inquiétude de l'intégration sociale montre combien ce parcours médical est intimement lié aux questions juridiques et sociales et qu'il correspond à un besoin de vivre une vie pleinement intégrée aux autres et non un désir de marginalisation.

2.3 Synthèse générale et discussion des thèmes prédominants

Cinq thèmes prédominants ressortent de ces entretiens.

- Le premier concerne le diagnostic de transsexualisme qui apparaît comme un autodiagnostic affirmé par le patient.
- Le deuxième montre que ce parcours médical est vécu comme une nécessité et non comme un choix.
- Le troisième fait référence au besoin de la personne d'être respectée dans sa décision.
- Le quatrième révèle une demande forte quant à la bienveillance de l'entourage et particulièrement de l'entourage médical.
- Le cinquième nous montre que la décision de la personne Trans d'homogénéiser son identité de genre est une décision personnelle qui impacte fortement son entourage proche, les acteurs de ce changement et les structures sociales.

2.3.1 Un autodiagnostic affirmé par le patient.

2.3.1.1 Un trouble ressenti précocement.

Comme en témoignent les réponses données à la toute première question, un trouble est ressenti dès l'enfance. C'est une sensation de différence par rapport aux autres et l'impression de ne correspondre ni aux critères de genre attribués, ni à l'aspect physique présenté. La formulation «conviction profonde d'appartenir à l'autre sexe»¹³⁵ employé par le Conseil de l'Europe pour définir le transsexualisme résume ces témoignages. Il s'agit d'un sentiment profond qui, s'il se formule et s'élabore au cours des années, semble s'apparenter à une sorte d'instinct inexplicable par la personne elle-même.

Cette impression, lorsqu'elle est exprimée au départ par l'enfant, de façon candide à son entourage, se heurte à un rappel à la réalité : « À l'âge de 5 ans, je me suis aperçue que j'étais différente physiquement... on m'a dit : « Tu es un garçon ». Les informations nécessaires à la compréhension de cette situation vont dépendre du contexte familial et social dans lequel se trouve l'enfant : « Ma mère m'avait surprise évidemment en m'habillant en fille et elle m'a fait comprendre que c'était un péché, que c'était tabou, que je ne pouvais pas en parler, qu'allaient en penser les voisins, c'était son gros mot d'ordre. Chaque fois elle m'accompagnait pour aller voir le médecin, du coup je ne me sentais pas autorisée à parler au médecin, vu que c'était tabou et donc j'ai gardé ça pour moi ». Il est aisé d'imaginer que dans des contextes similaires les personnes puissent attendre de longues années avant d'exprimer ce qu'elles ressentent. Elles vont parfois se marier, avoir des enfants, pour essayer de rentrer dans la norme qui leur a été assignée. Par conséquent, les termes de transsexualisme primaire ou secondaire selon que la personne ressent son trouble dès l'enfance ou qu'il se détermine à l'âge adulte après qu'elle ait été mariée, demandent à être reconsidérés, bien qu'il y soit encore fait allusion comme le montre l'étude de Mireille Bonnierbale sur les troubles de l'identité de genre publiée en 2005¹³⁶.

Robert J. Stoller, psychiatre et psychanalyste, distingue deux types de transsexualisme¹³⁷. Le premier fait référence aux personnes qui ressentent et manifestent dès leur plus jeune âge le sentiment d'appartenir au sexe opposé ; ce sont pour Stoller de « vrais » transsexuels, ou transsexualisme primaire. Le second évoque les personnes pour qui la révélation de leur transsexualisme est plus tardive, à l'âge adulte ; il s'agit alors pour Stoller de transsexualisme secondaire pour qui la chirurgie de réassignation sexuelle est déconseillée

¹³⁵ Considérant 1 de la recommandation 1117 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la condition des transsexuels.

¹³⁶ BONNIERBALE M., MAGAUD-VOULAND N., 128 cas de troubles de l'identité de genre : étude retrospective, (2005) Rev.Europ.sexol ; Sexologies (XIV), 53, pp. 39-49

¹³⁷ STOLLER Robert, 1968, *Recherche sur l'identité sexuelle*, éd. Gallimard, Paris, 1978, pp. 116-227, Titre original *Sex and Gender*

et le traitement psychothérapique recommandé afin de les dissuader d'une démarche chirurgicale qu'il estime dangereuse pour la personne en ce qu'elle n'exprime pas et ne résoudra pas son désir réel et risque de porter atteinte à son « noyau de l'identité »¹³⁸.

Jacques Breton, en 1985, dans un rapport présenté au 83^{ème} congrès de psychiatrie et de neurologie à Besançon, fait encore référence à ces différentes classifications¹³⁹. Il évoque néanmoins la possibilité d'une évolution de cette classification compte tenu de la diffusion grandissante des méthodes de traitement médico-chirurgical.

Françoise Sironi, psychologue, conteste cette classification en posant la question du rapport de valeur entre les « deux types de transsexualisme ». Elle demande en quoi le premier, transsexualisme primaire, serait-il plus vrai que le transsexualisme secondaire, et pourquoi ils ne mériteraient pas le même traitement, c'est-à-dire une réponse médicochirurgicale¹⁴⁰.

L'identification par le patient de son trouble se fait par le biais de l'information qu'il peut recevoir. Cette information, de plus en plus présente et accessible actuellement, permet une détermination plus précoce, que ce soit par la personne Trans elle-même ou par son entourage. Il est probable que, l'accès à l'information concernant le transsexualisme devenant de plus en plus facile, les déterminations tardives deviendront de plus en plus rares.

2.3.1.2 La construction progressive d'un autodiagnostic

Bien que trois personnes affirment que le diagnostic de transsexualisme ait été posé par le psychiatre, les réponses obtenues aux questions (2A) et (13A) indiquent une autre tendance. Ces témoignages montrent que la plupart des personnes qui entament cette démarche médicale ont déjà eu une longue réflexion quant à leur état.

Cet autodiagnostic s'est imposé lorsque les personnes ont eu, par le biais de contacts, de lectures, d'Internet, les informations leur permettant d'identifier les différentes composantes de leur trouble. Les associations d'auto-support permettent de rompre l'isolement des personnes, de découvrir qu'elles ne sont pas seules à ressentir les mêmes symptômes (question 19A).

¹³⁸ STOLLER Robert, 1985, *Masculin ou Féminin ? Le fil rouge*, éd. PUF, Paris, 1989, p. 274 Texte original : *Présentations of Gender*

¹³⁹ POTTIEZ Serge, FROHWIRTH Charles, BRETON Jacques, 1985, *Le transsexualisme étude nosographique et médico-légale : rapport de médecine légale*, éd. Masson, Paris, pp. 41-45

¹⁴⁰ SIRONI Françoise, 2011, *Psychologie des transsexuels et des transgenres*, éd. Odile Jacob, Paris, pp. 27-37

Depuis quelques années, des émissions télévisées¹⁴¹ et des films¹⁴² montrent, au-delà du voyeurisme, la réalité de la vie des personnes Trans, permettant à certaines personnes de s'identifier et de trouver les mots et les références pour verbaliser leur état.

Petit à petit les personnes vont acquérir une expertise. Le besoin qu'elles expriment par rapport au diagnostic ne relève pas d'une découverte de ce qu'elles ont, mais de la validation de ce qu'elles ressentent. La décision d'une modification de leur anatomie, afin de la rendre conforme à leur genre ressenti, en ayant recours à des actes médicaux, n'est pas le point de départ du parcours, mais plutôt la dernière étape d'une prise de conscience qui a commencé des années auparavant.

2.3.1.3 La demande de validation de l'autodiagnostic

Le rôle du médecin n'est pourtant pas négligeable dans ce début de parcours médical ; il répond à un besoin de rendre légitime, au regard de la société, les actes médicaux demandés par le patient. Ainsi le psychiatre est cité par six personnes comme le professionnel de santé leur ayant permis de valider leur parole, mais le médecin généraliste et l'endocrinologue sont aussi nommés.

Cette validation nécessaire à la personne Trans, dans sa décision d'entreprendre un parcours médical, se trouve confrontée à l'obligation d'avoir un certificat du psychiatre pour entreprendre les actes médicaux de modification corporelle.

Depuis février 2010¹⁴³ la législation française en matière de soins ne fait plus entrer le transsexualisme dans sa codification par la Sécurité sociale en tant que maladie psychiatrique, mais continue à demander un suivi psychiatrique avant d'accepter de rembourser les actes médicaux.

Ces deux démarches sont contradictoires.

La première ne codifie plus le transsexualisme comme maladie psychiatrique ; elle reconnaît donc la personne en demande de soins, en pleine possession de toutes ses capacités de jugement et de libre arbitre.

La deuxième invalide ce jugement en ce qu'elle contraint la personne dans son droit à choisir librement son spécialiste, par le passage obligé en premier lieu, par la consultation psychiatrique. Le patient n'a pas la possibilité d'établir et de valider sa demande auprès du

¹⁴¹ TF1, *C'est quoi l'amour ? Transsexuels : quelle vie après le changement de sexe ?* émission diffusée le 25/02/2011

¹⁴² DOLAN Xavier, *Laurence Anyway*, film sorti le 18 juillet 2012

¹⁴³ Code de la Sécurité sociale, [Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1](#)

praticien de son choix. Cette obligation est contraire à la loi du 4 Mars 2002¹⁴⁴ qui définit en ces termes que : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire* ». L'endocrinologue, le médecin généraliste, ou tout autre clinicien devraient pouvoir répondre à cette demande d'écoute et de validation de la parole de la personne Trans dès lors qu'il a été choisi par elle comme premier interlocuteur du parcours.

Toutefois cette conception de l'autonomie ne peut pas être considérée selon le modèle anglo-saxon, où le corps humain est considéré comme une chose appartenant à la personne. En France la loi affirme la non patrimonialité du corps, en précisant que « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* »¹⁴⁵.

Par conséquent, le psychiatre reste désigné pour valider cette nécessité médicale. Cette validation permettra, au regard de la loi, les multiples interventions visant à modifier le corps de la personne Trans, sans que celles-ci soient assimilables à des mutilations volontaires alors illégales.

Ainsi présenté, le diagnostic de transsexualisme ne répond pas à un besoin du patient mais à l'articulation des pouvoirs médicaux et juridiques.

Ce croisement du besoin de légitimité du patient et de la demande des institutions médico-juridiques amène à une situation paradoxale, qui concerne alors le psychiatre.

Dans son ouvrage, « *La métamorphose impensable* »¹⁴⁶, Pierre-Henri Castel souligne ce paradoxe clinique qui place le psychiatre face à un autodiagnostic et une auto-prescription de la thérapie. Cette relation avec le patient sort le psychiatre de son statut de clinicien et lui laisse le sentiment d'être instrumentalisé dans une démarche médicale où il n'a pas à intervenir.

Audrey Gorin Lazard et Mireille Bonierbale insistent sur le rôle incontournable et prépondérant du psychiatre¹⁴⁷.

Il est, selon elles, responsable du diagnostic, en se basant sur la définition du transsexualisme donnée par le DSM qui considère toujours le transsexualisme comme un trouble psychiatrique.

¹⁴⁴ Code de la santé publique, Droits de la personne, article L1110-8 <http://www.legifrance.gouv.fr>
date d'accès : 19/03/2012

¹⁴⁵ Code civil, articles 16,16-1,16-3

¹⁴⁶ CASTEL P.H, *La métamorphose impensable*, éd. Gallimard, Paris, 2003, p. 48

¹⁴⁷ GORIN LAZARD A., BONIERBALE M., *et al.*, « Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ? » *Sexologies*, volume 17 – N°4 octobre-décembre 2008 pp. 225-237

Il est responsable du pronostic, en recherchant d'éventuels facteurs de vulnérabilité tels que le faible support familial et affectif, le dysfonctionnement social, les attentes irréalistes, la capacité d'adaptation notamment lors de l'expérience en vie réelle qu'il est demandé au patient de réaliser pendant un an au moins. Elles font état d'autres facteurs pronostic négatif tout en précisant qu'ils ne constituent pas à eux seuls des contre-indications, comme « l'absence de dysphorie de genre dans l'enfance », « la demande de transformation après 30 ans », ou « des caractéristiques morphologiques non compatibles avec une bonne crédibilité dans la nouvelle identité de genre ».

Elles attribuent au même psychiatre un rôle de thérapeute, afin d'aider le patient dans sa démarche et « d'optimiser les chances d'une réassignation sexuelle satisfaisante ».

Il est précisé dans l'article que la décision de prendre en charge ou non la personne Trans dans un processus de traitement hormono-chirurgical se fait bien entendu de façon collégiale et que l'avis du psychiatre se trouve confronté au reste de l'équipe médicale. Par ailleurs la difficulté du rôle du psychiatre se trouve soulignée par la prise en compte de l'état de souffrance du patient qui, si on le laisse trop longtemps en état d'examen avant de lui proposer le traitement qu'il demande, risque de présenter des troubles similaires à ce que les auteurs de l'article considèrent comme des troubles relatifs à une transformation « ratée » : dépression, tentatives de suicide.

La place du psychiatre ainsi présentée qui mélange les fonctions d'expert et de thérapeute, laisse une grande part à la subjectivité du médecin qui reçoit la personne Trans, ainsi que l'illustre parfaitement le critère relatif aux « caractéristiques morphologiques non compatibles avec une bonne crédibilité dans la nouvelle identité de genre ». De quelles caractéristiques parle-t-on ? Et par rapport à quelle norme ?

Certifier d'un état, en l'occurrence celui de transsexualisme, en l'absence d'outils objectifs, ne peut se fonder que sur la parole du patient et l'expérience des cliniciens qui le reçoivent. Ainsi dans quelles mesures, la parole du patient, en ce qu'elle exprime une analyse de sa situation, une souffrance liée à cette situation et un désir de bonne santé, peut-elle être invalidée par le psychiatre ?

Tom Reucher, psychologue et personne Trans, remet en cause les avis des experts psychiatres qui laissent peu de place à la personne elle-même, pour statuer sur des théories qui sont plus dogmatiques que cliniciennes¹⁴⁸. Certains protocoles de soins proposés par les équipes hospitalières, ainsi que la définition du rôle du psychiatre donnée par Audrey Gorin-

¹⁴⁸ REUCHER Tom, « Quand les trans deviennent experts, Le devenir trans de l'expertise », *Multitudes*, 2005/1 n° 20, pp. 159-164.

Lazard, montrent bien à quel point la subjectivité de certains cliniciens, sous la forme de protocoles plus ou moins rigides, laisse peu de place aux besoins du patient trans.

En définitive, compte tenu du manque de données scientifiques et objectives, le psychiatre ne peut poser qu'un diagnostic différentiel stipulant que la personne ne souffre d'aucune maladie mentale connue. Ce diagnostic différentiel, qui complète l'autodiagnostic des patients, devrait suffire pour permettre les actes médicaux demandés par les personnes Trans.

Actuellement les psychiatres concernés par ce type de demande rédigent comme bon leur semble ce type de certificat. Soit à la suite d'une longue observation et de tests psychologiques comme le font les équipes hospitalières membres de la Sofect en définissant que la personne est transsexuelle, soit en stipulant qu'elle ne souffre d'aucun trouble mental associé et que ses dires sont relatifs à ceux d'une personne transsexuelle.

2.3.2 Une décision vécue comme une nécessité et non un choix

2.3.2.1 Le besoin de mettre en conformité son anatomie avec son genre ressenti : entériner son identité.

La question (6B) portant sur les actes qui relèveraient du choix ou de la nécessité, amène des réponses qui laissent peu de place au choix en ce qui concerne le fait de débiter le parcours médical.

Lorsque les personnes parlent de choix dans ces entretiens, elles font référence à l'organisation du parcours et de sa chronologie, ainsi qu'au libre choix du praticien.

Le fait que le « choix de débiter le parcours » soit mentionné deux fois pose, au vu des réponses obtenues au cours des entretiens, une question de définition.

Le terme de choix suppose une alternative qui de fait n'existe pas. D'une part, par l'impossibilité exprimée par les patients de continuer leur vie telle qu'elle est, c'est-à-dire dans une apparence physique non conforme à ce qu'ils sont ; d'autre part parce qu'il n'existe pas, actuellement, d'autre possibilité thérapeutique que la modification médicale et chirurgicale du corps.

Ainsi le terme de « décision » paraît plus approprié dans le sens où « *Une décision implique une réflexion, bien sûr, mais elle porte déjà en elle, tout en intégrant les éléments du passé, l'acte sur lequel elle débouche*¹⁴⁹ ». Le fait de débiter un parcours médical transsexuel n'est donc pas lié à un choix de mode de vie mais à une décision motivée par une nécessité, celle de vivre en harmonie avec soi-même. Françoise Sironi parle même d'une contrainte à la

¹⁴⁹ BERTOZ Alain, 2003, *La décision*, éd. Odile Jacob, Paris, p. 12.

métamorphose : « La transsexualité n'est pas une maladie, elle n'est pas un choix, elle n'est pas une fatalité. Elle est une contrainte à la métamorphose¹⁵⁰ ».

Les actes médicaux demandés sont, pour les personnes Trans, nécessaires à leur survie. Les réponses données à la question (6A) demandant quel était l'événement qui avait déclenché le processus de réassignation font état pour la majorité d'un sentiment d'urgence. C'est aussi après une période de dépression, voire même après une tentative de suicide qu'elles décident de débiter leur parcours de soins.

Lors du deuxième entretien, la question (6B) précisant ce qui, pour la personne Trans relève du choix ou de la nécessité, renforce ce sentiment.

Pour autant cette nécessité est aussi le besoin d'être reconnu par autrui dans son genre ressenti. Les interventions médicales et chirurgicales sont nécessaires à la personne car elles vont lui permettre de s'adapter à la norme définie par l'environnement. Cette norme consistant à faire coïncider sexe biologique et genre ressenti.

La solution demandée par la personne Trans pourrait être considérée comme anormale si l'on se réfère à la définition de Collette Chiland comme une idée folle de la personne parce qu'il est impossible de changer de sexe¹⁵¹.

Mais n'est-elle pas la réaction d'une personne souffrante, et par là-même souffrant d'une pathologie selon la définition de Georges Canguilhem : « sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée¹⁵² » qui dans son activité normative, pour s'adapter au milieu dans lequel elle évolue, demande les seuls soins qui permettent cette adaptation ?

2.3.2.2 La responsabilité de la personne Trans vis-à-vis de sa décision

Cette décision nécessaire entraîne la personne Trans dans un souci de responsabilité quant à sa décision.

Les réponses à la question (9B) évoquent la responsabilité de soi et le soin de soi, la réussite du parcours, et la notion d'intégration sociale.

Elles montrent tout d'abord combien la démarche de changement d'identité de genre est vécue comme un parcours du combattant nécessitant une victoire, celle de se retrouver intégré dans le genre désiré. Les personnes Trans désirent prouver, à elles-mêmes et aux autres, qu'elles ont pris la bonne décision parce qu'elle était nécessaire à un mieux-être, voire au bien-être.

¹⁵⁰ SIRONI Françoise, 2011, *Psychologie des transsexuels et des transgenres*, éd. Odile Jacob, Paris, p. 12

¹⁵¹ CHILAND Colette, 2011, *Changer de sexe*, éd. Odile Jacob, p. 24

¹⁵² CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, éd. PUF, Paris, 11^{ème} éd., 2009, p. 85

Cette responsabilité liée à la décision de débiter le parcours médical n'est que peu évoquée directement, mais on ressent combien elle est lourde à porter par les nombreux désirs de réussite et d'intégration qui sont exprimés. Réussite de sa vie et intégration sociale apparaissent comme les deux points nécessaires pour justifier la légitimité du changement d'identité de genre, et qu'il ne trouble pas, en fin de compte, le bon déroulement de la vie sociale. Ici aussi le terme de « choix » tel qu'il est exprimé par les personnes Trans doit être entendu parfois comme « décision » et non comme « alternative » afin de lever l'ambiguïté des réponses données qui parlent à la fois de choix et de nécessité.

La responsabilité de soi est évoquée aussi par le fait de s'assumer, d'assumer sa décision « *assumer la personne que je suis* ». Nous voyons au travers des réponses données qu'elle ne s'apparente pas à de l'égoïsme comme l'ont exprimé deux personnes : « *je pense qu'on se situe dans l'épanouissement personnel et peut-être même un peu dans l'individualisme* », « *je me sens responsable de moi, c'est un peu égoïste de dire ça* ». Cette responsabilité de soi-même se rapproche de la culture de soi telle que la présente Michel Foucault¹⁵³ en tant que véritable pratique sociale, le souci de soi comme intensificateur des relations sociales. C'est bien dans ce parcours de la relation à l'Autre dont il est question, d'une part dans la demande d'aide médicale sociale et juridique et d'autre part comme identificateur du genre désiré.

Ainsi l'honnêteté évoquée par les personnes Trans dans le sens où elles souhaitent ne pas se mentir et ne pas mentir aux autres, montre encore une fois que la décision de changer n'est pas le point de départ du parcours, mais plutôt la dernière étape d'une réflexion qui a commencé des années auparavant. Cette honnêteté, mise en avant comme un point supplémentaire en faveur de la légitimité de la demande, vient renforcer la notion de multi-responsabilité.

Par ailleurs les réponses obtenues à la question (8B) montrent que les personnes Trans demandent au médecin de partager avec elles une partie de cette responsabilité. Non pas dans la décision de débiter le parcours de soins, mais par l'écoute et le soutien qu'ils peuvent apporter et la qualité des soins qu'ils proposent.

¹⁵³ FOUCAULT M., 1984, *Histoire de la sexualité*, vol III, *Le souci de soi*, Paris, éd. Tel-Gallimard, 1997, pp. 72 à 75

2.3.3 Le besoin de la personne d'être respectée dans sa décision

2.3.3.1 Le respect de la parole du patient.

La demande médicale du patient échappe à toute analyse objective. L'autodiagnostic présenté par le patient au psychiatre interroge la crédibilité de la parole.

La demande de validation exprimée par les personnes Trans, ce besoin d'être écoutées ou plutôt entendues pour ce qu'elle sont, et non porteuses d'une pathologie psychiatrique éventuellement guérissable, montre que la crainte de ne pas être reconnues dans leur genre ressenti est bien présente.

Dans la question (4A) relative à la façon dont les personnes expliquent leur trouble, l'explication qui revient principalement est celle d'un état de fait. C'est-à-dire un état qui ne se discute pas. Peut-être une erreur de la nature « *simplement* » comme le signale une des personnes interrogées, mais ne pourrait-on pas parler aussi d'une erreur de perception par l'autre qu'il convient de détromper. Notre jugement sur autrui est, lorsque nous le rencontrons, au premier abord marqué par son apparence visuelle ainsi que ses faits et gestes, avant que nous l'écoutions.

De notre expérience en tant qu'orthophoniste recevant des personnes Trans, et ainsi que le confiait un chirurgien spécialisé dans la féminisation faciale, il est spontanément plus facile d'accorder du crédit aux dires d'une personne exprimant son appartenance au genre opposé à celui qu'elle présente physiquement, si son apparence physique et ses expressions trahissent quelque peu ce qu'elle exprime verbalement.

En d'autres termes, lorsque l'on reçoit une personne en début de parcours revendiquant une identité féminine, la présentation physique de celle-ci nous impressionne plus ou moins favorablement selon qu'elle présente un physique androgyne, voire des traits de féminité, ou qu'elle possède une forte carrure, une taille haute, une pilosité abondante et une calvitie. La voix vient heureusement ou malheureusement compléter le tableau.

Les codes vestimentaires et d'apparence, bien qu'ils évoluent constamment, font appel à nos propres références dans le domaine du genre et parasitent plus ou moins notre jugement.

Respecter la parole de la personne Trans demande aussi à l'autre de faire l'effort de passer outre certaines informations visuelles et auditives voire de croire sans preuves matérielles.

Tel le prisonnier de la caverne décrit par Platon¹⁵⁴, notre jugement doit s'affranchir des premières impressions et s'en arracher par force afin de pouvoir accéder à une autre vérité, celle émise par le patient.

¹⁵⁴ PLATON, *La république*, Livre VII, traduction et notes par R.BACCOU, éd. Flammarion, 1966, pp. 273-276

Le désir du respect de la parole est aussi mis en évidence lorsque l'on aborde la question de la « maladie » et de la maladie psychiatrique, questions (5A) et (18A). Le fait d'être satisfait de ne plus être identifié comme relevant d'une maladie psychiatrique, de dire ne pas se sentir malade, montre que les personnes qui affirment leur genre et le désir de recourir à des traitements médicaux pour le rendre visible souhaitent que leur parole soit entendue comme celle d'une personne saine d'esprit et non soumise au doute du trouble psychiatrique ou à l'estimation d'une certaine fragilité de pensée liée à une diminution des capacités causée par la maladie.

2.3.3.2 Le respect du libre-arbitre de la personne dans l'organisation de son parcours

Lorsque l'organisation du parcours de soins est évoquée, question (7A), la consultation psychiatrique semble en apparence la première démarche effectuée pour la majorité des personnes. Celle-ci est souvent concomitante à la prise d'hormones, certaines personnes ne consultant le psychiatre que pour pouvoir obtenir le traitement hormonal. L'obligation faite en France de respecter la chronologie imposée, c'est-à-dire le suivi psychiatrique initial demandé pour la prise en charge par la Sécurité sociale, fausse la demande réelle des personnes Trans.

Débuter par la prise d'hormones, par l'épilation, par la chirurgie, comme l'ont exprimé les personnes interrogées, montre que chacun choisit l'acte médical qui signera le début de son parcours de transformation.

Il faut préciser qu'il y a ici une différence de chronologie relative au sens de la transformation. Les personnes évoluant dans le sens femme vers homme ont recours très rapidement à la chirurgie, en l'occurrence la mastectomie et l'hystérectomie, l'hormonothérapie n'intervenant pas sur ces modifications corporelles.

Les personnes évoluant dans le sens homme vers femme attendent en général plusieurs mois après le début de l'hormonothérapie afin d'en évaluer les effets, augmentation de la poitrine, diminution de la pilosité, modification de la texture de la peau. Elles recourent à la chirurgie de féminisation corporelle compte tenu des modifications apportées par les hormones.

La question de la chirurgie est un point de discussion important quant au respect du libre arbitre de la personne. Le choix du chirurgien et le choix de la chronologie des actes, notamment la chirurgie de réassignation sexuelle, sont des revendications qui sont apparues lors de nos entretiens. Les personnes Trans prennent souvent à leur charge, quand elles le peuvent, les interventions de féminisation faciale, la mammoplastie, et la chirurgie de réassignation sexuelle. Jusqu'à très récemment les personnes Trans évoluant dans le sens

homme vers femme préféraient partir à l'étranger, en général en Belgique ou en Thaïlande¹⁵⁵, pour bénéficier de l'opération de réassignation sexuelle, (réponses à la question (12A)), justifiant leur choix par le désir de profiter d'une chirurgie de meilleure qualité dans ces pays, ainsi que d'un protocole de suivi moins lourd que celui demandé en France. Actuellement l'équipe chirurgicale de Lyon¹⁵⁶ propose une prise en charge globale, de l'hormonothérapie à la chirurgie de réassignation, qui rencontre de plus en plus l'adhésion des personnes Trans en début de parcours. Les arguments avancés par les patients en faveur de cette équipe sont un accueil bienveillant et une chirurgie de réassignation de bonne qualité.

Les réponses obtenues à la question (4B) soulignent cette variabilité personnelle de la chronologie des interventions ; chacun en fonction de ses besoins et de ses possibilités financières bénéficie d'interventions chirurgicales, de types différents, à des moments différents.

Les interventions visibles, c'est-à-dire la féminisation faciale, l'intervention visant à réduire la pomme d'Adam, les mastectomies ou mammoplastie, sont pratiquées en priorité. C'est bien du besoin de modifier son image qu'il s'agit en priorité. Cette image, propre à l'identité de chacun, ne peut obéir à des critères prédéfinis, même si les critères de genre, c'est-à-dire le regard de la société, en déterminent certains.

La chirurgie de réassignation sexuelle répond, elle, à un besoin personnel de mise en harmonie de la personne. Ce besoin apparaît lui aussi de façon variable dans la chronologie du parcours. S'il est en général l'un des derniers actes effectués, il peut intervenir un an après le début du parcours, comme plusieurs années après, voire ne pas avoir lieu. Cet acte médical est lourd de conséquences.

Premièrement, c'est une chirurgie importante qui effraie certaines personnes ; elles souhaitent alors prendre le temps de réfléchir.

Deuxièmement, il facilite l'obtention de la nouvelle identité juridique.

Troisièmement, il a souvent été mentionné comme indissociable du diagnostic de transsexualité dans différentes descriptions ou protocoles, attribuant le terme « transsexuel » aux personnes désirant recourir à la chirurgie de réassignation sexuelle et le déclarant dès les premières consultations. La définition de « transgenre » étant donnée aux personnes qui ne précisaient pas d'emblée souhaiter recourir à l'intervention de réassignation. Les personnes peuvent se retrouver alors dans une situation conflictuelle sous-tendue par le

¹⁵⁵ Rapport de l'IGAS

¹⁵⁶ GRETIS (Groupe de recherche et d'étude sur les troubles de l'identité sexuelle).

besoin d'avoir de nouvelles pièces d'identité, la crainte d'une intervention trop vite réalisée, ou le refus d'un traitement hormonal si celui-ci ne conduit pas à la transformation physique complète.

Ce respect du libre arbitre est revendiqué par le fait que nombre de personnes Trans choisissent de ne pas intégrer le protocole établi par l'assurance maladie et de financer elles-mêmes leurs interventions.

2.3.4 Le besoin de bienveillance

2.3.4.1 La demande à ne pas être jugé

La crainte d'être jugé, le soulagement de ne pas l'être, révèlent combien cette situation est vécue comme dérangeante pour autrui et marquée encore par la morale vis-à-vis d'un état qui dérange l'ordre naturel. Elle s'exprime de différentes façons : par le besoin d'écoute, le désir de recevoir un regard bienveillant de la part des acteurs médicaux et les relations avec l'entourage socioprofessionnel, et le rapport à l'information. La recherche de l'écoute de leur parole et de la compréhension de ce qu'elles sont, a été évoquée à de nombreuses reprises, par les personnes Trans, lors de nos entretiens. Les personnes mettent en avant le besoin d'être comprises et non jugées comme « folles » ou inconséquentes dans leur choix. Les réponses à la question sur les qualités recherchées chez les professionnels médicaux font apparaître la bienveillance comme la deuxième des qualités recherchées parmi un choix de quatre propositions (compétence, information, disponibilité, bienveillance). Nous avons certes orienté ce choix en le fermant à quatre possibilités mais le fait que la bienveillance et la disponibilité aient été évoquées avant l'information nous semble indiquer que le souhait d'être accepté et non rejeté est bien présent chez ces patients. Les réponses relatives à la question (16A) confirment ces dires : les attitudes appréciées sont en premier lieu la bienveillance, le non jugement et la prise en considération de la personne. La question suivante (17A) portant sur les attitudes de la part des cliniciens qui ont pu choquer les patients font état d'agressions verbales réelles qui justifient en partie cette crainte.

Lors de la synthèse des réponses concernant les responsabilités qu'estimaient avoir les personnes Trans dans leur parcours, question (9B), l'intégration sociale et la réussite de leur nouvelle vie sont les responsabilités qui sont mises en avant. Ce désir de réussite de la transition qu'elles expriment, sous-tendu par la responsabilité vis-à-vis du bon suivi des actes médicaux et de la bonne santé, montre qu'il y a réellement une crainte de se voir jugé comme ayant pris une décision irresponsable les mettant en marge de la société.

Enfin lorsqu'il a été demandé aux personnes si des questions éthiques s'étaient posées à elles par rapport à leur parcours, nous avons été surpris de voir que les réponses étaient en grande majorité négatives, même concernant le désir d'enfant, sans vraiment prendre en compte l'entourage propre de la personne et l'impact social d'une telle modification.

Ceci peut être interprété comme une sorte de refus de remise en question et, à ce moment-là du parcours, comme une éthique de conviction qui, au nom du salut de l'âme de la personne, exige le sacrifice du corps¹⁵⁷.

2.3.4.2 La prise en compte de la vulnérabilité de la personne Trans

L'état de transsexualisme place la personne dans un état de vulnérabilité. Par rapport à la souffrance de se sentir différent sans avoir toute la liberté de l'exprimer, par rapport au peu d'informations délivrées par le personnel médical quant à son parcours, par rapport à sa demande médicale et à la prise en charge financière des actes médicaux qu'elle demande, et enfin par rapport aux difficultés sociales qu'elle peut rencontrer tout au long de sa transformation physique.

2.3.4.2.1 Le besoin d'un soutien psychologique

Lorsqu'a été évoqué l'acte qui a déclenché le début du parcours médical, question (6A), de nombreuses personnes signalent un état de souffrance psychologique important qui les a poussées à débuter leur parcours.

La demande d'aide et de soutien psychologique est indéniable. Elle apparaît clairement dans nos entretiens, avant le début du parcours médical et pendant la durée de ce parcours.

Ce besoin d'accompagnement varie selon chacun, que ce soit dans sa fréquence, sa durée, le choix de son thérapeute, et le début des consultations.

Revoir 18 des 21 personnes un an après a permis de préciser le vécu effectif du rôle du psychiatre au-delà de la première réaction au début du parcours médical, et d'avoir un aperçu sur la réalité des pratiques des patients.

La moitié continue à voir un psychiatre même si deux signalent ne plus être suivies régulièrement ; les autres ont arrêté définitivement.

Le psychiatre n'est pas ressenti comme la personne pouvant guérir une maladie. En revanche, il a un rôle important sur la durée du parcours, dans l'aide et dans l'écoute des personnes Trans.

C'est en qualité de psychothérapeute, permettant le meilleur confort psychologique possible aux personnes en cours de transition, que sa présence est recherchée par les personnes qui

¹⁵⁷ HOTTOIS Gilbert, « Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction », *Laval théologique et philosophique*, vol. 52, n° 2, 1996, p. 489-498. <http://id.erudit.org/iderudit/401006ar>, date d'accès : 26/07/2012

en expriment le besoin. Ce besoin n'est pas systématique puisque deux personnes ont estimé ne pas en avoir eu besoin et qu'une l'a vécu de façon négative.

Cette nécessité d'un accompagnement psychologique est soulignée par une étude suédoise sur le devenir à long terme des personnes Trans¹⁵⁸ qui montre par ailleurs que ce suivi devrait même se poursuivre encore quelque temps après la fin du parcours médical.

Pour autant l'efficacité d'un accompagnement par un psychiatre ou un psychothérapeute ne vaut que s'il est librement consenti par la personne et surtout que si la personne en fait la demande, c'est-à-dire qu'elle en exprime le besoin.

La proposition de consultations avec le psychiatre et - ou - le psychologue devrait remplacer l'injonction de soins psychiatriques. Cette obligation est d'ailleurs dénoncée par « 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) qui demandent dans le principe 18 la « Protection contre les abus médicaux¹⁵⁹ ».

2.3.4.2.2 Le manque d'information

Le manque d'information contribue à la vulnérabilité de la personne. Lorsque nous avons posé la question de l'accès à l'information-question (8A), l'information personnelle recherchée par le biais d'Internet, des lectures, ou des associations de support est la démarche utilisée par la grande majorité des personnes Trans.

Les professionnels de santé n'interviennent que très peu dans ce processus.

Les patients ne savent pas où s'adresser pour débiter leur parcours et le médecin traitant, s'il n'a pas déjà été confronté à ce type de demande, n'est en général pas informé lui-même des démarches à suivre.

Reçue ainsi, l'information laisse peu de place à l'échange et à la construction d'un véritable processus thérapeutique. Deux risques émergent de cette situation.

Premièrement, Internet présente le risque de laisser la personne seule face à l'information qu'elle reçoit, en particulier l'information médicale. Elle ne l'analyse qu'en fonction de ses propres filtres et se prive de la confronter à la vision d'un professionnel.

¹⁵⁸ DHEJNE C., LICHTENSTEIN P., BOMAN M., JOHANSSON A., LÅNGSTRÖM M., LANDÉN M., *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery : Cohort Study in Sweden*, www.plosone.org Published online 2011, February 22

¹⁵⁹ THE YOGYAKARTA PRINCIPLES, Principle 18, Protection from medical abuses, p. 23, www.yogyakartaprinciples.org, date d'accès : 25/03/2012

Deuxièmement, l'information donnée par les associations et les relations avec des personnes transsexuelles amies, même si elles se veulent objectives, sont largement impactées par le vécu des personnes qui la transmettent ; ainsi elles risquent fortement de manquer de rigueur scientifique quant au parcours médical.

L'organisation idéale du parcours-question (9A), lorsqu'elle est évoquée, fait état de ce manque actuel d'organisation et d'information du parcours, laissant à la personne un sentiment de manque de coordination, lorsqu'elle choisit de ne pas passer par les équipes hospitalières en place ou de manque d'informations sur toutes les possibilités techniques médicales proposées.

Les réponses obtenues à la question (20A) concernant le manque d'information renforcent ce constat par le fait que la majorité des personnes disent manquer d'informations juridiques, médicales, techniques et pratiques.

2.3.4.2.3 La prise en charge financière des actes médicaux

La demande de prise en charge financière des actes médicaux est demandée par toutes les personnes Trans ; même si certaines disent ne pas en avoir besoin personnellement, elles la souhaitent pour ceux qui n'ont pas les moyens de financer leur traitement médical. C'est une demande de prise en charge à 100% en ALD qui, si elle est demandée par tous, ne les exonère pas des dépassements d'honoraires et des actes non remboursés tels que les interventions de féminisation faciale, soumises à l'accord du médecin conseil et refusées la plupart du temps.

La notion d'argent revient à plusieurs reprises dans nos entretiens comme facilitant ou freinant le parcours médical.

Facilitant lorsque la personne peut prendre en charge une partie des frais médicaux et organiser elle-même la chronologie de son parcours et le choix de ses praticiens. Freinant lorsque celle-ci doit suivre le protocole imposé par la Sécurité sociale, c'est-à-dire suivre deux ans de consultations psychiatriques avant de pouvoir obtenir la prise en charge de son traitement hormonal et des actes chirurgicaux, et se plier aux exigences de l'équipe hospitalière qui la reçoit, telle la lettre de motivation demandée à une personne pour obtenir un premier rendez-vous à l'hôpital (réponse donnée à la question (17A)).

En regard de la souffrance vécue, la prise en charge financière des actes médicaux est vécue par la majorité des personnes Trans comme ouvrant l'accès à un mieux-être.

Le fait que l'ALD soit demandée par tous signe aussi un besoin qu'ont les personnes de reconnaissance par la société, du trouble et des difficultés qu'elles subissent.

2.3.4.2.4 La prise en compte des difficultés sociales liées au transsexualisme

Les difficultés sociales rencontrées sont de l'ordre de la reconnaissance. Reconnaissance de l'entourage socioprofessionnel et reconnaissance juridique.

La première difficulté est liée au manque de précision et de consensus sur les différents termes liés au transsexualisme.

Que ce soit au niveau des professionnels de santé ou au niveau des personnes Trans elles-mêmes, les termes de transsexuels, transgenre, transidentitaires, dysphorie de genre, syndrome de Benjamin sont employés, sans qu'aucune de ces définitions ne fasse l'unanimité (réponses à la question (3A)).

En l'absence de terme univoque, se définir, expliquer à son entourage ce qui se passe, devient une tâche longue complexe et répétitive. Les personnes Trans ne souhaitent pas particulièrement que leur trouble soit assimilé à une maladie et surtout pas une maladie mentale comme le stipulent les réponses relatives à la question sur la dé-psychiatisation (question (18A)). Elles cherchent à ne pas être classées comme personnes souffrant de troubles psychiques et donc manquant de fiabilité dans leurs dires. Le fait que le terme transsexuel fasse inconsciemment référence à la sexualité les dérange aussi, ne souhaitant pas être assimilées à quelque trouble sexuel pervers ou au milieu de la prostitution.

Entre désir de reconnaissance et volonté de ne pas être stigmatisées, l'explication reste le seul recours possible aux personnes Trans pour être acceptées par leur entourage.

Le niveau socioculturel de la personne et de son entourage socioprofessionnel peut alors faciliter ou compliquer ces échanges verbaux.

La deuxième difficulté concerne la validation juridique, par le changement des papiers d'identité, des modifications anatomiques visibles. Peu de personnes Trans, souvent par manque d'information, débutent leurs démarches juridiques en début de parcours (réponses à la question (21A)). Elles se trouvent donc confrontées régulièrement à l'obligation de révéler leur état à des personnes qu'elles ne connaissent pas et dont les réactions, imprévisibles, peuvent être agressives. Par ailleurs les modifications corporelles, quand elles commencent à apparaître, sont parfois dérangeantes pour les autres lorsqu'ils voient une personne entre deux sexes, plus tout à fait l'un, pas encore complètement l'autre.

Professionnellement, bien que certaines sociétés comme IBM aient intégré dans leurs pratiques l'accompagnement professionnel des personnes Trans, certaines d'entre elles s'inquiètent quant à leur avenir (question (14B)).

2.3.5 Une décision personnelle qui n'entraîne pas que la personne elle-même.

Au-delà du changement d'état civil et des questions juridiques et sociales qu'il pose, les personnes Trans qui souhaitent modifier une partie de leur identité de genre sollicitent l'intervention de différents acteurs médicaux qui prendront part à leur transformation.

Les réponses obtenues lors des entretiens montrent que la détermination des personnes se heurte parfois à des questionnements, des hésitations, voire des refus, de la part des médecins, qui ne sont pas toujours bien acceptés ou compris. Des tensions apparaissent vécues comme des agressions par les patients.

Nous n'aborderons pas dans cette partie toutes les composantes de la relation médecin / patient dans le cadre du transsexualisme, elle sera développée lors de la discussion générale. Seuls quelques points prédominants seront discutés.

Ces modifications vont faire évoluer la nature des rapports que les personnes Trans entretiennent avec leur entourage proche notamment la famille et les amis, les obligeant à changer certains de leurs comportements, et à prendre position quant à une situation qu'ils n'ont pas choisie.

2.3.5.1 Les relations avec les professionnels médicaux

Le besoin d'écoute fréquemment mentionné dans nos entretiens, la mise en avant d'un manque d'écoute dans les réponses à plusieurs questions, ainsi que la crainte d'être jugé, laissent penser que les personnes Trans ne se sentent pas d'emblée en confiance avec les praticiens qu'elles vont rencontrer.

Le médecin traitant n'est pas la personne de référence. Les personnes Trans ne se confient que rarement à leur médecin traitant en premier lieu. Lors de l'établissement du diagnostic, deux personnes seulement ont fait référence à leur médecin généraliste comme ayant été la personne qui leur a permis d'exprimer leur mal-être et de débiter leur processus de transformation (question (2A)).

Le généraliste est présenté comme impliqué dans ce parcours mais en grande partie parce qu'il permet de faire la demande d'ALD ou d'établir des ordonnances pour l'hormonothérapie ou l'épilation. Les patients interrogés font état de bonnes relations avec leur médecin généraliste ou de relations neutres, c'est-à-dire en évitant de parler de leur transition.

Le manque d'information ou de formation du médecin par rapport au transsexualisme est souvent cité par les personnes Trans ; ce sont elles en général qui fournissent les informations à leur médecin quant à leur trouble.

Dans ce type de trouble la posture du médecin généraliste n'est pas aisée. En général il ne possède pas de formation dans ce domaine ou alors un savoir empirique fondé sur une expérience précédente. Alain Giami, étudiant le comportement des médecins généralistes confrontés aux questions de sexualité posées par les patients, décrit quatre attitudes qui « *constituent des modes de construction de l'activité professionnelle en réponse à des problèmes et des situations pour lesquels les médecins généralistes n'ont pas reçu de formation universitaire*¹⁶⁰ ». Premièrement l'évitement de la prise en charge des problèmes qu'ils attribuent à leur ignorance, deuxièmement l'appropriation médicale par les traitements médicaux, troisièmement la prise en compte de la dimension psychologique et relationnelle et quatrièmement la réflexion et l'information, voire la formation quand elle existe sur le problème posé. Actuellement la quatrième attitude semble peu ou ne pas exister.

Dans la question qui portait sur qui devait donner l'information, six personnes souhaitaient que ce soit le médecin généraliste qui en ait la charge.

L'accroissement des demandes contraindra peut-être à former les médecins sur la question du transsexualisme.

Le passage obligatoire par la consultation avec le psychiatre qui doit donner le certificat permettant le début du traitement hormonal est parfois mal vécu, comme en témoignent les réponses obtenues à la question (17A) sur les attitudes des médecins ressenties comme choquantes. Les personnes Trans vivent mal le fait qu'une remise en question de leurs propos puisse se faire et oublient que, bien qu'elles disent souhaiter qu'un praticien valide leurs dires, il puisse émettre des interrogations ou des doutes avant de souscrire à leur demande.

Enfin, la reconnaissance de leur genre ressenti par l'utilisation du nouveau prénom, de l'emploi du titre de monsieur ou madame et du féminin ou du masculin est notée comme importante pour ces patients, signe qu'ils sont acceptés pour ce qu'ils sont. Cela demande au clinicien une adaptation de langage qui n'est pas toujours aisée, compte tenu de l'apparence de la personne qu'ils reçoivent en consultation. Cette gêne se doit d'être prise en compte par les personnes Trans qui doivent laisser le temps aux cliniciens qui les suivent d'intégrer et de s'adapter à l'identité de leur patient.

¹⁶⁰ GIAMI A., *Singuliers Généralistes*, chapitre 8 « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », éd. Presses de l'EHESP, Rennes, 2010, pp. 147-166

2.3.5.2 Les relations avec l'entourage

Lors du premier entretien, 9 personnes sur 21 disaient ne pas avoir de difficultés avec leur entourage mais 7 personnes parlaient de difficultés rencontrées au sein de leur famille.

Un an après ce rapport n'était pas modifié ; 9 personnes estimaient que toutes leurs relations se passaient bien, 8 faisaient toujours état de difficultés.

Comme nous l'avons évoqué en synthèse des réponses à la question (12B) les relations familiales avec les parents ou les conjoints ne sont pas toujours aisées. Le manque d'information générale sur la question transsexuelle et les tabous qui s'y rattachent ne favorisent pas toujours l'acceptation.

En ce qui concerne la vie de couple, le fait que la personne révèle tardivement son transsexualisme peut être pris comme un acte de tromperie de la part du conjoint. Pourtant l'annonce tardive est souvent sous-tendue par le sentiment de culpabilité ressenti par la personne Trans. Culpabilité de se sentir « hors normes » et dérangeante des codes sociaux établis, culpabilité d'avoir entraîné son mari ou sa femme dans un désir de normalisation qui n'a pu aboutir et qui se solde par l'échec d'un type de vie et par la transformation de la vie du couple.

Le changement d'état civil, s'il est souhaité par la personne Trans va lui aussi entraîner une remise en question du couple parce qu'il ne peut intervenir que si la personne est célibataire. Le couple marié dont l'un des partenaires souhaite modifier son sexe de naissance sur son état civil se voit contraint de divorcer, le mariage homosexuel n'étant pas autorisé en France. Toutefois, toutes les personnes Trans mariées ne se séparent pas de leur conjoint surtout si leur transformation intervient après de nombreuses années de vie commune, elles renoncent à un changement complet de leur état civil et ne modifient que leur prénom.

Dans les relations avec leurs enfants, les personnes n'ont pas mentionné de faits concrets relatifs à des difficultés mais plutôt la culpabilité qu'elles ressentaient quant au mal qu'elles pourraient leur faire. Deux études^{161 162}, l'une effectuée en 1998 et l'autre en 2002 sur le comportement des enfants dont l'un des parents est transsexuel, concluent que le transsexualisme d'un parent au sein d'une famille n'affecte pas les enfants dans la construction de leur identité de genre ou dans leur développement psychologique. Les difficultés rencontrées sont liées aux relations de tensions qui peuvent exister entre les parents.

¹⁶¹ GREEN R., "Transsexuals Children", *International Journal of Transgenderism*, Vol 2. 4, Dec 1998

¹⁶² FREEDMAN D., TASKER F., *et al.*, Children and Adolescents with Transsexual Parents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service : a brief report of key developmental features, *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002, 7, pp. 423-432

Myriam Grenier décrit, dans son mémoire de Master II en anthropologie, les différentes stratégies d'explication aux enfants et à la famille mises en place, lorsque dans un couple le père devient femme. Elle en conclut que la féminisation n'est pas en soi une remise en question de la paternité et que ce sont les relations effectivement entretenues avec les enfants qui semblent être les plus essentielles pour définir un père. *« Le « père » fonctionne au-delà de son identité féminine mais il est sans cesse rattaché à la féminité. Toute l'ambiguïté de la situation est là. Même si les sentiments de paternité et de maternité sont confus et confondus, la paternité prend le pas sur la transsexualité. Les relations avec les parents sont aussi mentionnées mais l'incompréhension, parfois même le rejet du début lorsqu'ils existent, évoluent souvent de façon favorable avec le temps¹⁶³ ».*

Les tensions avec les proches sont effectivement présentes, elles confrontent directement la personne Trans aux modifications que doit effectuer son entourage lors de sa transformation.

Les relations avec les amis sont plus faciles à gérer. Bien qu'une personne déplore avoir rompu tout lien avec ses amis, l'amitié n'ayant pas de caractère imposé fluctue en fonction des besoins de la personne et des liens qu'elle souhaite tisser.

2.4 Conclusion

Nous n'avons pas cherché, intentionnellement, à nous interroger sur l'étiologie du transsexualisme, et à en débattre avec les personnes qui débutaient leur parcours transsexuel, mais à prendre le fait tel qu'il était présenté par celles et ceux qui le subissaient.

Les origines psychologiques, psychiatriques, biologiques ou génétiques du transsexualisme sont encore discutées, sans qu'actuellement aucune réponse ne puisse être donnée de façon reproductible et fiable, mais seulement des interrogations posées.

Dans ce contexte d'incertitudes, les paroles que nous avons recueillies font apparaître une réalité du terrain où la personne est, par la force des choses, au centre de l'acte de soins et heurte la conception scientifique de la médecine par ses choix et ses attitudes.

Ces différents parcours de vie nous ont montré combien le respect de la personne dans sa différence, non quantifiable et inclassable, était important.

Le respect de l'expertise acquise de la part du patient, le respect de sa vérité, de sa décision et de ses choix, sont des revendications qui sont apparues régulièrement.

¹⁶³ GRENIER M., « Papa, t'es belle » Approche anthropologique des paternités transsexuelles, Mémoire de Master II, Université de Provence Aix-Marseille I Département d'Anthropologie, septembre 2006, pp. 143-146

Par ailleurs, au-delà de l'aide médicale demandée, le besoin d'aide psychologique, de soutien moral et financier dessine le profil de personnes vulnérables, qu'il convient de soigner et dont il convient de prendre soin.

Toutefois il ne faut pas oublier la violence des actes demandés, les interrogations qu'ils suscitent chez les patients et les praticiens concernés. Le parcours médical des personnes Trans, tel qu'elles l'ont présenté dans ces entretiens, est un parcours difficile d'un point de vue psychologique et d'un point de vue physique.

La décision d'entreprendre tous les traitements médicaux et chirurgicaux nécessaires au bien-être de la personne, si elle est présentée comme une décision personnelle entraîne dans sa dynamique de nombreux acteurs. Certains choisissent d'adhérer à cette transformation, d'autres se trouvent parfois contraints de l'accepter.

Pour quelles raisons la personne Trans n'acceptant plus ses conditions de vie antérieures, pourrait-elle contraindre les personnes qui la prennent en charge et les personnes qui l'entourent, à accepter les transformations qu'elle demande ?

Robert Stoller évoque des controverses concernant la prise de décision de proposer un traitement hormono-chirurgical à un patient transsexuel. Il énonce des problèmes de moralité, libertaire ou anti-libertaire, la morale catholique quant au libre arbitre de la personne choisissant de mutiler des organes sains et qui, en se rendant stérile, contrevient à la loi de la nature. Il énumère différents points de vue sur le traitement en se demandant lesquels sont éthiques, sans parvenir à trouver une réponse satisfaisante. Il conclut en 1985 que « l'argument en faveur du changement de sexe est encore à démontrer »¹⁶⁴.

Actuellement pourtant, la modification anatomique demandée par les personnes Trans comme traitement à leur souffrance reste la solution la plus efficace et procure un réel mieux-être à la personne, comme en témoignent les réponses données à un an d'intervalle à la question « comment vous sentez vous aujourd'hui ? » (questions (25A)-(1B)).

Alors à l'image d'Antigone réclamant au nom de la dignité et de sa souffrance que le corps de son frère soit enterré¹⁶⁵ au mépris de la décision de Créon, et privilégiant la vie sociale au mépris de la loi et de la justice, la souffrance des personnes Trans peut-elle justifier tous les actes médicaux demandés ? En d'autres termes : la fin justifie-t-elle les moyens ?

Cette question ouvre le débat sur le respect de la dignité.

Respect de la dignité de la personne Trans et respect de la dignité humaine.

¹⁶⁴ STOLLER Robert, 1985, *Masculin ou Féminin ?* collection Le fil rouge, éd. PUF, Paris, 1989, pp. 261-290

Texte original : *Présentations of Gender*

¹⁶⁵ SOPHOCLE, *Antigone*

DISCUSSION

1 Anomalie, anormalité ou pathologie ?

Peut-on être normal et souhaiter mutiler son corps de sorte que son aspect extérieur prenne celui du sexe opposé à celui qui était assigné à la naissance? Mais avant tout est-on normal lorsque l'on affirme ne pas être ce que la science et la société ont reconnu et nommé en nous ?

Si la personne Trans n'est pas un monstre, sa demande, elle, paraît monstrueuse.

Le monstre tel qu'il est défini par M. Foucault est celui qui combine l'impossible et l'interdit¹⁶⁶.

La personne qui exprime son transsexualisme, c'est-à-dire la possibilité de ne pas être ce que biologiquement la nature a déterminé pour elle, et demande des soins médico-chirurgicaux qui bravent l'interdit de l'atteinte à un corps sain, combine effectivement les deux.

Impossible de ne pas être ce que la nature a déterminé pour nous, et interdit de mutiler ce corps qui ne présente aucune trace d'anomalie.

1.1 Une anomalie ressentie, une demande anormale.

La personne Trans demande une mutilation de son corps qui ne présente aucune trace d'anomalie si ce n'est pour elle une anomalie énorme, celle de ne pas être conforme physiquement à ce qu'elle ressent.

Cette anomalie qui prend naissance lorsque l'enfant déclare son genre ressenti, se révèle par le rappel à la réalité de l'entourage : « Tu vois bien que tu n'es pas ce que tu dis être – tu ne peux pas être ce que tu dis ».

1.1.1 Trans et sexuel

Cette anomalie révélée se situe dans un contexte de tabou et de normes. Il s'agit là d'une anomalie qui touche au sexe et, par extension, aux relations sexuelles de la personne. L'homosexualité n'est plus considérée comme une maladie mentale depuis seulement 1990¹⁶⁷, et de nombreuses personnes homosexuelles se disent encore victimes de discriminations ainsi que le note un rapport de la HALDE publié en 2008¹⁶⁸.

¹⁶⁶ FOUCAULT M., *Les anormaux*, cours du 22 janvier 1975, éd. Seuil/Gallimard, Paris, 1999, p. 51

¹⁶⁷ Le 17 Mai 1990 l'OMS raye définitivement l'homosexualité des maladies mentales

¹⁶⁸ HALDE, (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité), Homophobie dans l'entreprise, La documentation française, Paris, 2008, p. 16

Par ailleurs lorsqu'il a été question d'enseigner au lycée que l'identité de genre n'avait pas de rapport avec l'orientation sexuelle, plusieurs groupes politiques et religieux se sont élevés contre le fait d'enseigner cette théorie du genre au motif « *qu'il y a une norme : on naît garçon ou fille et on réfute qu'on ait le choix de son genre*¹⁶⁹ ».

Ainsi, dans ce contexte, évoquer cette anomalie, sa transsexualité, fait « mauvais genre » dans tous les sens du terme.

Pourquoi souhaiter corriger une anomalie invisible, qui n'est pas révélée par le médecin au patient, mais par le patient au médecin, ne relèverait-elle pas de la perversion, ou de la folie ?

1.1.2 De l'anomalie à l'anormalité

En faisant la distinction entre anormalité et anomalie Georges Canguilhem place la notion d'anormal comme un rapport à une valeur, à une norme, et à une appréciation par rapport à cette norme. L'anomalie, quant à elle, se situe comme une particularité d'un individu par rapport à la majorité des individus de son espèce¹⁷⁰. Suivant cette ligne de pensée, il s'agit bien dans le ressenti de la personne Trans d'une anomalie, qui s'est révélée par une demande reçue comme anormale par autrui et renvoyée comme telle à la personne¹⁷¹.

Demander la transformation de son corps pour aller dans le sens de son genre désiré pourrait aussi s'apparenter à un choix esthétique, un choix de vie. Seulement, ainsi que nous l'avons entendu au cours de nos entretiens, il ne s'agit pas d'un choix mais d'une décision prise afin de mettre fin à une souffrance profonde.

L'anomalie ressentie devient anormale par la souffrance qu'elle engendre provoquée par le regard de la société et par là-même elle devient pathologique.

Elle porte en elle ce côté monstrueux décrit par Canguilhem en ce que le monstre « *n'est pas seulement un vivant de valeur diminuée, c'est un vivant dont la valeur est repoussoir*¹⁷² » ; c'est, ainsi qu'il le dit, par la révélation du précaire de la stabilité de la vie que la personne Trans, par sa demande anormale et impensable, fait que nous pourrions le qualifier de monstre.

¹⁶⁹ Le point.fr, L'orientation sexuelle provoque une polémique avec l'enseignement catholique, publié le 09/07/2011, www.lepoint.fr/, date d'accès : 16/08/2012

¹⁷⁰ CANGUILHEM G., 1966, *Le normal et le pathologique*, éd. PUF, Paris, 2009, pp. 81-83

¹⁷¹ *Ibid.*, « Finalement, pour qu'on puisse parler d'anomalie dans le langage savant, il faut qu'un être ait apparu à soi-même ou à autrui anormal dans le langage, même informulé du vivant », p. 84

¹⁷² CANGUILHEM G., 1965, *La connaissance de la vie*, éd. Librairie philosophique J.Vrin, Paris, 2009, p 221

Le lien avec la maladie psychiatrique devient logique. Pas de monstruosité physique visible, du moins au début du parcours de soins, mais une demande monstrueuse en ce qu'elle bouleverse l'ordre naturel.

1.2 Quels soins pour quelle pathologie ?

1.2.1 Perversion, folie ou plus simplement erreur de la nature ?

La question se pose de savoir s'il faut, dans le cas du transsexualisme, soigner, corriger, ou plus exactement pour reprendre les termes de Canguilhem, compenser un défaut¹⁷³.

La prise en charge médicale des personnes Trans semble hésiter encore sur ce point. Les médecins accèdent à la demande de modification corporelle en proposant le traitement hormono-chirurgical et, dans ce cas, il s'agit bien là d'une correction c'est-à-dire de la compensation d'un défaut inné.

Pourtant le suivi psychiatrique préalablement imposé par les instances médicales, d'une durée variant de un à deux ans voire plus, montre que cette notion de correction d'une erreur est assortie d'un questionnement permanent quant à la possibilité d'un trouble psychiatrique, ou d'un comportement pervers.

Lorsque l'on s'attache à la parole des personnes Trans, la notion d'erreur de la nature, si elle est rarement évoquée comme telle, est bien le sentiment qui prédomine. Premièrement par le fait que les personnes évoquent un trouble inné et non d'acquisition progressive, deuxièmement parce que peu d'entre elles se considèrent comme malades, et troisièmement parce qu'elles réfutent fermement la notion de maladie psychiatrique.

La position des soignants est plus nuancée. Lorsque l'on regarde l'historique de la prise en charge des personnes Trans la notion de maladie mentale est bien présente. Esquirol (1838), relatant de deux cas de transsexualisme, utilise le terme de monomanie¹⁷⁴ ; Donald O. Cauldwell qui utilisa pour la première fois le terme de transsexualisme l'évoque comme « *Psychopathia transsexualis*¹⁷⁵ ». Actuellement c'est toujours aux psychiatres que l'on demande en premier lieu de prendre en charge les personnes transsexuelles.

Des psychologues et des psychanalystes ont recherché, soit par un travail comportementaliste avec les personnes Trans soit par une recherche d'un éventuel

¹⁷³ CANGUILHEM G., 2009, *Le normal et le pathologique, vingt ans après...*, chapitre 3, un nouveau concept en pathologie : l'erreur, éd. PUF, Paris, pp. 206-237

¹⁷⁴ ESQUIROL, « Des maladies mentales » Baillière Paris in *Le transsexualisme une manière d'être au monde*, PERETTI M.L.

¹⁷⁵ CAULDWELL D.O., « Psychopathia Transsexualis » in Sexology Tome XVI, p 274-280, N.Y., in *Le transsexualisme une manière d'être au monde*, PERETTI M.L.

traumatisme antérieur et d'une psychanalyse, à soigner ces personnes ; c'est-à-dire, si ce n'est à les guérir totalement de leur souffrance, tenter au moins de leur faire abandonner leur demande de traitement hormono-chirurgical.

Cette attitude est corroborée par la théorie du genre et les Gender Studies pour qui le sexe biologique et le genre social sont deux domaines bien distincts. Toutefois l'échec de John Money dans le cas de David Reimer¹⁷⁶ montre que l'éducation sociale ne peut être à elle seule déterminante du genre de la personne. Cet échec a été repris par de nombreuses personnes transsexuelles afin de démontrer combien le fait de se sentir dans le genre opposé à son sexe biologique était un phénomène inné et non un choix social¹⁷⁷.

Ces différents points de vue continuent d'exister et de créer des polémiques que ce soit sur la théorie du genre ou sur l'étiologie du transsexualisme, mais dans le cas présent il s'agit de donner une réponse médicale à une souffrance exprimée que l'on ne peut remettre en question.

1.2.2 Traiter une souffrance

Il s'agit bien d'un état pathologique par la souffrance qu'il procure et le « prendre soin » de la personne Trans ne peut ignorer cette souffrance. La modification corporelle comme seule réponse acceptable par les personnes Trans à leur souffrance ne peut, dans l'état actuel des connaissances, être rejetée. C'est d'ailleurs la position des médecins spécialistes des soins aux personnes Trans, mais les risques encourus quant à la vie future de ces personnes ne doivent pas être négligés.

Risques qui pourraient laisser à jamais les personnes dans l'anormalité, celle de ne jamais devenir réellement l'homme ou la femme qu'ils souhaitent être.

Le colloque singulier médecin-patient prend dans ce cas toute sa signification et l'écoute de la parole du patient comme le moyen privilégié de la construction de la confiance entre les deux parties.

¹⁷⁶ REIMER David, *The boy who lived as a girl*, CBC News on line 10 mai 2004, www.cbc.ca/news/background/reimer/, date d'accès : 17 août 2012

David Reimer était un garçon né en 1965 et en bonne santé. À la suite d'une circoncision ratée qui lui endommage irréversiblement le pénis, ses parents décident sur les conseils de John Money, psychologue, spécialiste des questions de développement sexuel et d'identité de genre de l'élever et le transformer en fille, sans dire au garçon quel était son sexe de naissance. Cette tentative échoua et à 15 ans David demanda à redevenir un garçon. Il se suicida à l'âge de 38ans.

¹⁷⁷ Intersex Society of North America, Who was David Reimer, www.isna.org/faq/reimer, date d'accès : 17 août 2012

2 L'écoute de la parole et de la demande de soins de la personne Trans : les risques d'un jugement de valeur.

« Lorsque nous parlons avec l'impression de ne pas être entendu, n'est-ce pas que nous confondons parler en vérité et parler pour convaincre ? Et lorsque nous écoutons, n'est-ce pas d'abord la tentative de comprendre, en ramenant ce qui nous est dit à ce que nous savons déjà, sans prendre nous-mêmes le risque d'être délogés de notre moi défensif ou rationalisant, et sans nous ouvrir à la parole d'une rencontre toujours nouvelle ?¹⁷⁸ »

Denis Vasse

2.1 La personne Trans : patient expert

Il ne s'agit pas ici du « patient expert » dans son sens courant qui, en collaboration avec les médecins, bénéficie du savoir médical et, l'alliant à son vécu, en fait un acteur privilégié de sa maladie.

La construction de l'expertise de la personne Trans se fait sur le modèle d'une recherche individuelle qui, actuellement, bénéficie de la large diffusion par les médias des techniques médico-chirurgicales. C'est l'expertise vis-à-vis du traitement demandé.

Elle se fonde aussi sur la mise en commun des expériences de vécu par le biais des forums internet et des associations d'auto-support. Cette démarche d'auto information n'est pas propre au transsexualisme. Elle est d'ailleurs identifiée comme un facteur de fragilisation de l'autorité médicale¹⁷⁹.

Les personnes Trans, face à l'incertitude de l'étiologie de leur trouble et à l'attente du traitement médico-chirurgical accordent beaucoup plus de crédit aux dires de leurs semblables qu'à ceux des médecins, pensant que ces derniers, en tant que techniciens de leur spécialité (endocrinologues, chirurgiens, dermatologues, etc.) manquent d'une vision globale de la personne.

¹⁷⁸ VASSE Denis, 2001, *La vie et les vivants*, éd. Seuil, Paris, 2001, p. 55

¹⁷⁹ CASTEL P., « Le médecin son patient et ses pairs », *Revue française de sociologie*, Juillet-septembre 2005, vol 3, pp. 445-446

2.1.1 L'expertise d'un discours orienté

Par ailleurs cette concertation entre personnes Trans va influencer sur le discours qu'elles auront de leur trouble face au monde médical, notamment face au psychiatre lors des rendez-vous permettant d'établir le diagnostic de transsexualisme.

Cette démarche concernant l'expertise du patient quant au diagnostic présente le risque de devenir une expertise de conviction face à la position de certains professionnels du soin qui, tel que le dénonce Françoise Sironi, envisagent la transsexualité « *en termes d'exigence de renoncement à la transsexualité*¹⁸⁰ ». C'est-à-dire que le patient Trans n'accèdera au traitement médicochirurgical qu'au terme d'un parcours éprouvant cherchant à le faire renoncer, ou du moins à éprouver une demande qui ne correspond pas aux normes de genre établies.

Ainsi face à ce type de position rigide se construit une légitimité et une expertise tout aussi rigide qui ne souffre pas l'échange.

Le patient lors de son premier contact avec le médecin ne cherche pas l'information, il pense l'avoir.

Judith Butler, dans son chapitre "Dédiagnostiquer le genre"¹⁸¹ évoquant la situation paradoxale de la personne Trans et de son autonomie par rapport au diagnostic, expose combien la conception figée des protocoles d'évaluation contribue à renforcer l'autodétermination du patient.

Elle l'exprime en parlant de diagnostic « stratégique » qui, en rejetant de ses composantes la description de sa transsexualité par la personne, serait l'instrument utile pour permettre d'obtenir un statut et les avantages sociaux qui s'y rattachent¹⁸².

Le patient devient alors expert à différents niveaux.

Premièrement il est expert de son vécu par l'autodiagnostic qu'il a construit préalablement. Deuxièmement il est expert dans le discours qu'il manipule afin de le rendre conforme aux critères diagnostics établis par les protocoles d'évaluation, pour obtenir la prise en charge désirée. Enfin il est expert des techniques des soins, médicales et chirurgicales, grâce aux renseignements qu'il a obtenus par les échanges avec ses pairs.

¹⁸⁰ SIRONI Françoise, 2005, La métamorphose humaine, approche ethnopsychiatrique de la transsexualité, association genevoise pour l'ethnopsychiatrie 28/01/2005, p. 5 360.ch/trans/files/2010/01/Sironi-2005-entier.pdf date d'accès : 8/08 /2012

¹⁸¹ BUTLER Judith, *Défaire le Genre*, Paris, Amsterdam 2006

¹⁸² *Ibid.*, p. 102

Nous évoquons le terme d'expertise de conviction car si la personne Trans reste bien entendu experte de son vécu, elle module sa demande en utilisant un savoir qui va lui permettre, selon elle, de faire face à l'éventuelle remise en question par les médecins, de sa vérité. Pour écourter la souffrance engendrée par le temps imposé de l'observation pour le diagnostic médical, elle utilise un discours qui va lui permettre de rentrer rapidement dans les « cases » prévues par les protocoles. Elle a donc construit son savoir en grande partie, dans le but d'obtenir dans les plus brefs délais ce qu'elle souhaite, un traitement hormono-chirurgical.

Toute objection à cette demande de la part du personnel soignant, qu'elle soit légitime ou non, est vécue alors comme une agression.

2.1.2 L'expertise du patient vis-à-vis des soins chirurgicaux

L'expertise quant à la qualité et à la chronologie de la prise en charge chirurgicale se construit de façon identique. Comme nous l'avons vu dans nos entretiens, les personnes Trans souhaitent pouvoir choisir librement leurs praticiens.

C'est un choix légitime. Mais face à la prise en charge globale des équipes hospitalières et la chronologie imposée des actes, la revendication du choix du praticien devient, non pas un choix concerté avec le médecin de référence, mais l'expression d'une expertise acquise par la personne Trans qui se doit d'être respectée sans que quiconque, appartenant au domaine médical, puisse la remettre en question.

En ce qui concerne la qualité des actes chirurgicaux, de nombreuses polémiques de la part des personnes Trans émergent, notamment par rapport à la chirurgie de réassignation sexuelle. Pourtant depuis une dizaine d'années les techniques ont évolué et les praticiens se sont plus ou moins formés.

Par contre la conviction que la chirurgie de réassignation donne de meilleurs résultats à l'étranger reste encore une conviction profonde des personnes Trans qui entament un parcours de soins en France. Cette conviction s'étaye là encore sur des informations obtenues sur les forums internet et dans les associations.

Évaluer la qualité des chirurgiens reste difficile d'autant que le nombre de chirurgies de réassignation sexuelle est faible. Le rapport de l'IGAS cite le chiffre de 150 interventions de réassignation par an, répartis sur quatre centres¹⁸³. Il n'existe actuellement aucune étude scientifique permettant d'étayer les propos des personnes Trans quant à la qualité des chirurgiens.

¹⁸³ Inspection générale des affaires sociales, Rapport des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes Trans et du transsexualisme, Décembre 2011, p. 35 www.igas.gouv.fr, date d'accès : 07/08 /2012

L'observation qu'une grande partie des personnes se font opérer à l'étranger ne peut à elle seule être un outil d'évaluation de la qualité des chirurgies de réassignation, car le choix de l'intervention hors de France est aussi dicté par le refus des protocoles de soins jugés trop contraignants par les patients.

Cette « expertise » quant à la chirurgie est le reflet d'une revendication de l'autonomie des personnes qui souhaitent ne pas être contraintes d'accepter un chirurgien imposé, mais de pouvoir choisir en connaissance de cause.

Cette attitude du patient fort de son expertise, qui semble ordonner plus que demander son traitement médical, doit être reconsidérée de part et d'autre. De la part du personnel médical et de la part des personnes Trans.

2.2 L'affrontement de deux convictions

Il s'agit de reprendre un échange pour ne plus le situer dans une perspective de confrontation, mais de dialogue où chacune des parties puisse exprimer librement ses doutes et ses attentes.

Respecter la dignité de la personne induit le respect de son discours et de son libre arbitre sans l'obliger à faire preuve d'une conviction inébranlable étayée par une expertise tout aussi inattaquable.

Pour autant accepter cette demande de soins sans l'assurance que c'est réellement le bien de la personne qui est en jeu, revient à la laisser seule face à sa décision et à sa responsabilité quant aux suites de sa transformation.

Envisager la relation patient-médecin sous cet angle revient à accepter que le prendre soin de la personne, le « care » n'existe plus et ne restent que les soins techniques, le « cure ». Faire ainsi reviendrait à ne plus prendre en compte la vulnérabilité de la personne en souffrance, attitude contraire au respect de la personne et de sa dignité. Attitude inenvisageable pour le médecin se situant dans la perspective de la loi du 4 mars 2002¹⁸⁴.

2.2.1 La conviction d'être Trans

Si l'on reprend les termes utilisés pour définir le transsexualisme, le mot « conviction » revient fréquemment.

¹⁸⁴ Code de la santé publique, Droits de la personne, article L1110-8 <http://www.legifrance.gouv.fr>, date d'accès : 19/03/2012

Le dictionnaire Larousse¹⁸⁵ l'utilise dans sa définition : Transsexualisme, « *Conviction qu'a un sujet d'appartenir à l'autre sexe, qui le conduit à tout mettre en œuvre pour que son anatomie et son mode de vie soient le plus possible conformes à sa conviction* ».

La définition proposée par le Conseil de l'Europe l'utilise aussi : « *Un syndrome caractérisé par une personnalité double, l'une physique, l'autre psychique, la personne transsexuelle ayant la conviction profonde d'appartenir à l'autre sexe, ce qui l'entraîne à demander que son corps soit « corrigé » en conséquence*¹⁸⁶ ».

Mireille Bonnierbale, psychiatre, renforce encore ce terme en mentionnant : « **l'inébranlable conviction** qu'ont les Transsexuels que changer leur corps apportera toutes les solutions à leur mal-être¹⁸⁷ ».

De la part des personnes Trans le terme de conviction n'est pas utilisé comme tel, il revient sous la forme d'un besoin irrépressible, d'une décision nécessaire, lorsqu'il s'agit de la demande d'actes médicaux ou de la formulation d'un état de fait qui ni ne s'explique ni ne se contredit. Nous n'avons d'ailleurs retrouvé ce terme dans nos entretiens qu'une seule fois « *j'ai tellement l'intime conviction que je suis une femme* ».

Il est en fait attribué aux personnes Trans par les acteurs ou observateurs du parcours, mais les personnes elles-mêmes ne se l'approprient pas directement.

Le dictionnaire Larousse définit la conviction ainsi : « *Sentiment de quelqu'un qui croit fermement en ce qu'il pense, dit ou fait. Opinion, principe auxquels on croit fermement* », et le Robert¹⁸⁸ : « *opinion ferme* ».

La conviction en tant que sentiment ne se démontre pas. Plus particulièrement, il n'existe pas dans le cas du transsexualisme de « pièces à conviction » permettant de démontrer à l'autre la valeur de cette croyance.

Pour les personnes Trans elle est de deux ordres : premièrement la conviction d'appartenir au genre opposé à leur sexe biologique et deuxièmement la conviction que le traitement médico-chirurgical est la seule solution à l'amélioration de leur mal-être.

¹⁸⁵ Le petit Larousse illustré, 2012

¹⁸⁶ Considérant 1 de la recommandation 1117 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la condition des transsexuels.

¹⁸⁷ BONNIERBALE M., MAGAUD-VOULAND N., « 128 cas de troubles de l'identité de genre : étude rétrospective », 2005 Rev.Europ.sexol ; *Sexologies* (XIV), 53, pp. 39-49

¹⁸⁸ Le Robert illustré, 2012

La conviction d'appartenir au genre opposé est communément acceptée dans le sens où elle est le fondement de la définition du transsexualisme énoncée par le DSM IV¹⁸⁹. Elle n'est plus remise en question, comme telle.

2.2.2 Comment le praticien peut-il évaluer la « conviction d'être Trans » ?

Pourtant, dans la relation médecin-patient telle qu'elle est présentée dans les protocoles de prise en charge, il s'agit de lui donner une valeur. D'en éprouver la force et de s'assurer que cette conviction est assortie d'une prise de conscience des responsabilités qu'elle engendre.

Responsabilité vis-à-vis de la décision d'entreprendre une THC, responsabilité par rapport à la réussite de ce parcours.

Dans le cas présent l'écoute de la parole de la personne Trans revient, pour le praticien, comme nous l'avons développé précédemment, à la validation d'un autodiagnostic et à l'acceptation du traitement qu'elle demande.

Il ne s'agit pas, à première vue, d'un échange entre le médecin et son patient où ce dernier énumérant les symptômes qu'il ressent reçoit de la part de son médecin un diagnostic. Les soins proposés le sont par le patient qui, en général, écarte toute autre possibilité que ce pourquoi il est venu : un traitement médicochirurgical.

Il ne s'agit donc plus dans cette relation patient-médecin de l'échange entre deux expertises, l'expertise technique du clinicien et l'expertise du vécu du patient.

Il s'agit de la confrontation de deux savoirs.

L'un, celui du patient, est basé sur l'expertise du vécu et le savoir obtenu par l'information trouvée au long d'un parcours individuel préalable à la demande de soins.

L'autre, celui du médecin, est un savoir constitué par l'expérience, et par la construction de protocoles qui se veulent établis dans le but d'éviter le plus possible de nuisances au patient.

Deux convictions s'affrontent. Celle du patient qui sait ce qui est bon pour lui, et celle du praticien qui, présupposant les risques du traitement, tente d'éclairer la personne sur son devenir et lui faire prendre conscience des possibles effets néfastes de sa transformation.

Le passage par le psychiatre semble du côté du praticien tout à fait logique, au-delà même de questions juridiques et déontologiques. Face à la demande d'une personne déjà convaincue de ce qu'elle a et de ce qu'il lui faut, et à l'absence de soins techniques autres que la mutilation pour répondre à la souffrance, l'évaluation de la parole de la personne est

¹⁸⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IV, Critères diagnostic, (Washington DC, 1994), trad. fr : Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp. 250-252

la seule première démarche possible dans le cadre du « prendre soin de la personne » et de la prise en compte de sa vulnérabilité.

Robert Stoller présente ainsi sa façon de poser comme acceptable le fait de répondre favorablement à la demande de THC :

« *À un psychotique qui se prendrait pour un roi, on n'apporterait pas un trône ; n'est-il pas aussi déraisonnable d'accéder à la demande du transsexuel pour la simple raison qu'il est malheureux ? Les deux cas ne sont pas identiques. Les psychotiques qui veulent un trône ne deviennent pas moins perturbés parce qu'ils deviennent roi, mais la plupart des transsexuels sont moins déprimés et moins anxieux, plus sociables et plus tendres, etc., après le changement*¹⁹⁰ ». C'est son expérience de l'observation de la souffrance des patients et de leur mieux-être après le traitement qu'il valide. Cette conviction que la chirurgie est la meilleure solution possible est remise en question par la psychanalyse qui, elle, est convaincue que le traitement « par la parole » lors d'un travail analytique est une solution tout aussi envisageable, pour autant que le patient accepte cette démarche¹⁹¹.

Mais le clinicien peut-il évaluer la conviction du patient sans se poser des questions sur sa propre compréhension quant à la personne transsexuelle ?

2.3 Une compréhension particulière du patient Trans : comprendre qu'il existe de l'incompréhensible.

La compréhension de la personne Trans doit, pour le soignant, prévaloir à l'évaluation.

Edgar Morin la définit par trois étapes qui doivent se conjuguer afin de permettre la compréhension globale de la personne¹⁹².

- 1) La compréhension objective qui contient l'explication, les données objectives et les informations.
- 2) La compréhension subjective qui, par projection-identification, permet de comprendre ce que vit autrui.
- 3) La compréhension complexe qui englobe la compréhension subjective et la compréhension objective.

Il y a, concernant cette compréhension vis-à-vis de la personne Trans, une difficulté pour le médecin qui est celle de la projection-identification. La demande de la personne Trans à

¹⁹⁰ STOLLER Robert, 1968, *Recherche sur l'identité sexuelle*, éd. Gallimard, Paris, 1978, p. 287

¹⁹¹ MERCADER P., *L'illusion transsexuelle*, éd. L'Harmattan, Paris, 1994

¹⁹² MORIN Edgar, 2004, *La méthode*, v 6, Éthique, éd. Seuil, Paris, 2006, pp. 139-155

laquelle Pierre-Henri Castel donne le titre de « Métamorphose impensable » peut-elle être imaginée par une personne qui ne la vit pas ?

N'y a-t-il pas le risque d'une incompréhension majeure voire, comme le décrit Françoise Sironi citant les travaux de Sandor Ferenczi, une hypocrisie des professionnels du soin qui, face à l'incompréhensibilité de la situation, acceptent d'écouter une parole qui les heurtent profondément, au risque de développer des comportements à la limite de la transphobie¹⁹³.

Comprendre c'est aussi reconnaître qu'il y a de l'incompréhensible précise Edgar Morin.

Au regard de cette prise en charge particulière, il est important, en tant que soignant, de prendre en compte la dimension de l'incompréhensible qui est en nous afin de ne pas faire porter à la personne notre part de jugement. D'autant que si nous poursuivons l'idée d'Edgar Morin « *l'incompréhension à l'égard d'autrui suscite l'incompréhension de cet autrui à son propre égard* »¹⁹⁴.

À trop chercher l'explication objective de l'état de la personne Trans ainsi que sa demande de soin, on force la personne à l'auto-justification et à chercher des discours « convaincants » qui s'éloignent de sa propre histoire.

Il y a alors dans cette relation une atteinte au respect de l'autre dans son discours.

Certains protocoles d'évaluation¹⁹⁵ des personnes Trans qui permettent de valider leur parole et leur conviction illustrent par leurs multiples tests, questionnaires, temps d'observation, cette incapacité à accepter la part d'incompréhensible d'une telle démarche. Les personnes Trans vivent souvent cette situation comme une agression en ce qu'elle ne respecte ni leur vérité, ni leur souffrance. Les communiqués des associations d'auto-support en faveur de la dé-psychiatisation du transsexualisme^{196 197}, ainsi que les réponses que nous avons obtenues lors de nos entretiens vont dans ce sens.

Dans l'objectif de cette confrontation les patients cherchent à étayer leur conviction d'une « expertise scientifique » qui va leur permettre de faire face aux doutes des médecins, et à une éventuelle remise en question de ce qu'ils sont.

¹⁹³ FERENCZI Sandor, 1932, « confusion de langue entre adulte et enfant in œuvres complètes paris payot 1982 t 4 p 127 : « Une grande part de la critique refoulée concerne ce que l'on pourrait appeler l'hypocrisie professionnelle. Nous accueillons poliment le patient quand il entre, nous lui demandons poliment de nous faire part de ses associations, nous lui promettons, ainsi, de l'écouter attentivement et de consacrer tout notre intérêt à son bien être et au travail de l'élucidation. En réalité il se peut que certains traits externes et internes du patient nous soient difficilement supportables » in Françoise Sironi, Psychologie des transsexuels et des transgenres, Odile Jacob 2011

¹⁹⁴ MORIN E., 2004, *La méthode*, v 6, Éthique, Paris, éd. Seuil, 2006, p. 136

¹⁹⁵ SoFECT, Société française d'études prise en charge du transsexualisme, Charte de la SoFECT, www.sofect.org date d'accès : 24/03/2012

¹⁹⁶ REUCHER Tom, 2005, *Quand les trans deviennent experts. Le devenir trans de l'expertise*, in Multitudes, n° 20, printemps 2005, pp. 159-164.

¹⁹⁷ Inspection générale des affaires sociales, Rapport des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes Trans et du transsexualisme, Décembre 2011, p. 23 www.igas.gouv.fr date d'accès : 07/08 /2012

2.4 Croire sans preuve, et même avec toutes les preuves du contraire

L'écoute de la parole du patient dans le cadre du transsexualisme pose, plus que dans toute autre relation patient-médecin, la question de la reconnaissance de la personne. Reconnaître son identité, reconnaître sa souffrance, reconnaître a priori son mieux-être après le traitement.

Reconnaître son identité s'entend dans ce cas sur deux niveaux. Premièrement, reconnaître l'identité de genre telle que l'affirme la personne et deuxièmement, reconnaître son identité en tant que personne souffrante.

2.4.1 La difficulté de reconnaître sans juger

La reconnaissance de l'identité de genre affirmée par la personne Trans ne va pas sans poser des questions par rapport à notre propre jugement.

En d'autres termes, il s'agit de croire ce que l'on ne voit pas, ce que l'on ne peut pas démontrer scientifiquement, voire à l'extrême tout le contraire de ce que l'on voit.

Nous évoquions dans un chapitre précédent la force de l'impact visuel mais la perception de l'autre commence par la perception de son image visuelle qui nous fournit, avant même sa parole, une multitude d'informations, bien supérieures de prime abord aux autres informations sensorielles que sont l'ouïe, l'odorat ou le toucher¹⁹⁸.

Et avant même encore l'écoute de la parole de la personne, c'est sa voix qui nous fournira une partie des renseignements sur qui elle est, et sur ses émotions. Comme le dit Denis Vasse « *Écouter quelqu'un c'est entendre sa voix*¹⁹⁹ ». L'attitude d'écoute qu'il définit se doit de faire l'effort de passer au-dessus de nos impressions sensorielles et des projections que l'on peut y ajouter²⁰⁰.

Ces perceptions sensorielles ne sont pas à négliger dans le cadre de la relation patient Trans-médecin car elles peuvent être tellement contradictoires avec la parole de la personne, qu'on se doit de ne pas minimiser le trouble provoqué par cette situation.

Cette réaction spontanée est malheureusement illustrée par les propos de Collette Chiland lorsqu'elle écrit, parlant d'un couple qu'elle reçoit en tant que psychiatre, dont le partenaire masculin était auparavant une femme : « *Ainsi, Victor a subi une mastectomie à l'étranger et*

¹⁹⁸ HALL Edward.T., 1966, *La dimension cachée*, éd. Seuil, Paris, 1971, p. 63

¹⁹⁹ VASSE Denis, 1974, *L'ombilic et la voix*, éd. Seuil, Paris, 1974, pp. 183-184

²⁰⁰ « Écouter quelqu'un, entendre sa voix c'est exiger de la part de celui qui écoute une attention qui n'enferme l'interlocuteur ni dans son discours, ni dans le lieu de son corps, une « attention flottante », comme dit Freud, qui ouverte à l'entre-deux du corps et du discours, ne se crispe ni sur l'impression de la voix, ni sur l'expression du discours. » Denis Vasse

*y a obtenu son changement d'état civil... La première fois où je fais connaissance avec sa femme, je suis surprise de voir arriver une très jolie femme, dont on se demande comment elle a pu épouser cet homme qui n'a l'air ni d'un homme, ni d'une femme, est obèse et n'a aucun charme*²⁰¹ ».

La vérité de la parole de la personne Trans se trouve sous la suspicion de l'apparence.

2.4.2 Les risques de protocoles basés sur l'apparence.

En regardant les recommandations faites dans différents protocoles, deux points retiennent notre attention sur ce sujet.

Premièrement le test en vie réelle, et deuxièmement l'apparence de la personne comme facteur pronostic de sa bonne intégration sociale après le traitement médico-chirurgical.

Le test en vie réelle consiste à demander à la personne Trans de vivre dans le genre désiré, donc opposé à son sexe d'origine, pendant plusieurs mois, avant de prétendre à une chirurgie de transformation, voire un traitement hormonal réellement modifiant physiquement. Ce test est proposé par plusieurs protocoles en France et à l'étranger.

Le but donné par les professionnels est que ce test permet à la personne Trans d'éprouver sa capacité à vivre dans le genre opposé au sien, et qu'il est un facteur pronostic positif quant au succès de la transformation²⁰².

Les explications relatives à la manière de vivre dans le genre opposé sont peu précises, et pour cause. Pour les MtF²⁰³, faut-il mettre une jupe, porter rouge à lèvres, boucles d'oreilles, chaussures à talons et collier ? Et pour un FtM²⁰⁴ la question doit être envisagée selon quel ordre ? Porter un pantalon, se couper les cheveux ? Faire de la musculation peut-être, éviter les chaussures à talons aiguilles sûrement.

Quels sont les bons éléments ? La réponse appartient à chacun et peut se discuter à l'infini, en fonction de sa culture et de son contexte social.

Mais surtout, dans quelles mesures ce travestissement recommandé sert-il les intérêts du patient ? Les personnes Trans vivent souvent déjà partiellement ce genre de situation, quand elles le peuvent.

²⁰¹ CHILAND Colette, 1997, *Changer de sexe*, éd. Odile Jacob, Paris, p 139

²⁰² GORIN-LAZARD A., BONNIERBALE M., *et al.*, « Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ? » *Sexologies*, Vol 17-N°4, 2008, pp. 225-237

²⁰³ MtF : Male to Female, ceci correspond à l'évolution de la personne transsexuelle dans le sens homme vers femme

²⁰⁴ FtM : Female to Male, cela correspond à l'évolution de la personne transsexuelle dans le sens femme vers homme

Leur imposer cette expérience ne relèverait-il pas, en partie, d'un besoin des médecins ?

D'une part de s'assurer, encore, de la force de conviction de leur patient, en lui faisant prendre des risques sociaux inutiles.

D'autre part de se rassurer eux-mêmes en demandant à la personne de rentrer au plus vite dans une image plus normative et rassurante pour le clinicien, qui lui permettra d'accroître le crédit qu'il accorde à la parole de son patient. Utiliser ce test comme élément de valeur quant à la détermination de la personne à changer sa morphologie et comme pronostic favorable à sa bonne adaptation future ressemble, au mieux à un jugement subjectif auquel on cherche à attribuer une valeur objective, au pire à de la maltraitance surtout s'il est imposé.

Dans le même ordre d'idée l'allusion à l'apparence, « *Des caractéristiques morphologiques non compatibles avec une bonne crédibilité dans la nouvelle identité de genre*²⁰⁵ », comme critère de pronostic négatif quant à une bonne adaptation de la personne dans son nouveau genre nous ramène bien dans ce besoin de certains praticiens d'être rassurés.

Outre que ces critères restent aussi dans ce cas difficiles à définir, avec le risque de dérapier pourquoi pas vers des critères aussi subjectifs que la beauté de la personne, ils montrent une vision inversée de la chronologie de la transformation.

En d'autres termes, pour être crédible dans votre demande à modifier votre identité de genre il est préférable que vous soyez déjà le plus possible dans le genre désiré. Si l'on pousse le raisonnement, pour devenir une femme ou un homme, il serait bien que vous soyez déjà une femme ou un homme.

2.4.3 S'abstraire du personnage et s'attacher à la personne

Croire avec les preuves du contraire est un processus complexe qui induit chez le praticien la peur de se tromper, et par là-même de nuire à son patient. Mais dans ce cas la question de la responsabilité du praticien ne peut se résoudre à la somme des évaluations qualitatives telles que le « plus ou moins ressemblant » à l'objectif visé.

L'évaluation de la demande de soins du patient transsexuel, en tant que responsabilité du médecin vis-à-vis du bien-être de son patient, se trouve par le contexte forcée de s'abstraire du personnage pour s'attacher à la personne.

²⁰⁵ GORIN-LAZARD A., BONNIERBALE M., *et al.*, « Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ? », *Sexologies*, Vol 17-N°4, 2008, pp. 225-237

Cette relation patient-médecin peut se concevoir selon la philosophie d'Emmanuel Levinas qui, dans sa définition de « l'épiphanie du visage », enseigne que ce détachement de la perception visuelle qui réduit l'autre à un objet descriptible, pour un attachement au visage en tant qu'Autre au-delà de la forme et du contexte, permet d'envisager la responsabilité pour autrui comme un lien inconditionnel²⁰⁶.

C'est dans cette dynamique de responsabilité à l'égard de l'Autre et non pas par rapport au résultat du traitement demandé que se situe la relation médecin-patient transsexuel. Un échange détaché des normes, en l'occurrence celles de genre, peut alors se construire non plus sur une confrontation mais sur une subordination de l'un à l'autre qui évitera toute tyrannie²⁰⁷.

L'évaluation de la parole de la personne transsexuelle est une démarche légitime du praticien confronté à la demande d'un traitement hormono-chirurgical. C'est aussi une démarche importante pour le patient qui sollicite, par sa demande de soins, un accompagnement médical. Pour autant, le médecin doit s'assurer de la plus grande objectivité possible quant aux mesures qu'il met en place pour évaluer cette parole et la demande de soins.

Entendre la demande de la personne transsexuelle demande à ce qu'elle soit reconnue en tant qu'Autre inclassable selon les normes sociales établies.

S'il est évident pour le praticien qu'il doit répondre à une souffrance réelle, un protocole d'évaluation construit sur les possibilités futures du patient à se conformer aux normes sociales de son nouveau genre et à la mesure de sa force de conviction, risque de pervertir le dialogue médecin-patient en obligeant ce dernier à se conformer à ce qu'on attend de lui pour entrer dans les bonnes cases.

Il fausse aussi l'échange en ce que la personne transsexuelle se prépare à une lutte avec le médecin dans le désir de le convaincre de sa vérité, attitude nuisible à l'établissement d'une relation de confiance.

Ainsi une remise en question de la valeur du jugement quant à l'aptitude à supporter une transformation hormono-chirurgicale est nécessaire. Le psychiatre et - ou - le psychologue ont à jouer un rôle important dans ce diagnostic, mais il ne peut se concevoir sans une réflexion sur leur propre vision de la personne transsexuelle.

²⁰⁶ LEVINAS E., *Éthique et infini*, Livre de Poche, 1982, p. 80, in *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Suzanne RAMEIX, Ellipse, Paris, 1996, p. 132

²⁰⁷ LEVINAS E., 1953, *Liberté et commandement*, éd. Livre de Poche, Paris, 2008, p. 50

En 2009 la Sécurité sociale a retiré le transsexualisme des maladies psychiatriques pour le reclasser comme maladie rare²⁰⁸. Cette évolution devrait contribuer à la mise en place d'une dynamique qui, dans un échange d'expertises qui ne soit pas une confrontation, construise une recherche commune des critères d'évaluation.

Cette recherche pourrait s'inscrire dans l'objectif de Jürgen Habermas qui pose comme impératif à l'argumentation dans la discussion : « *Au lieu d'imposer à tous les autres une maxime dont je veux qu'elle soit une loi universelle, je dois soumettre ma maxime à tous les autres afin d'examiner par la discussion sa prétention à l'universalité*²⁰⁹ ».

3 Le respect de la construction d'une nouvelle identité comme réponse au désir de reconnaissance.

3.1 Trans-identité ou simplement entériner son identité ?

Par nouvelle identité ne devrait-on pas entendre, plutôt, nouvelle réorganisation de l'identité ? Par essence celle-ci est « une » ainsi que le développe Paul Ricœur²¹⁰ qui comprend la personne dans ce qu'elle a été, ce qu'elle est, et ce qu'elle sera.

C'est l'identité face au miroir mais surtout dans le regard d'autrui que la personne Trans va modifier : identité visuelle, auditive et identité dans son comportement. Cette reconstruction du personnage va permettre, par le crédit qui lui sera accordé, d'accroître le sentiment de respect dû à la personne Trans.

Ce respect vis-à-vis de sa démarche de soins et la crédibilité du personnage vont permettre à la personne de restaurer sa dignité. Si la dignité est inhérente à l'être humain, il s'agit ici de dignité personnelle liée au respect des modifications que la personne Trans, dans un désir de vérité, a fait subir à son corps.

La reconnaissance juridique va entériner ce parcours par sa valeur écrite et donc permanente. Elle signe à la fois la fin d'une transformation et le début d'un nouveau rôle dans la société. Cette acceptation et reconnaissance sociale n'est pas si simple et, bien que les actions juridiques permettent une justification légale la reconnaissance sociale n'est pas toujours acquise.

Reconstruction de son identité donc, par rapport aux autres et lutte pour la faire reconnaître.

²⁰⁸ Code de la Sécurité sociale, [Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1](#)

²⁰⁹ HABERMAS J., *Morale et communication*, Paris, Cerf, 1991, pp. 88-89, in *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Ellipse, Paris, 1996.

²¹⁰ RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*, éd. Seuil, Paris, 1990, p. 141

3.2 Les marqueurs de l'identité et leur reconnaissance

3.2.1 Le physique

L'apparence du physique est bien entendu le premier critère d'identification recherché. Comme l'ont montré les entretiens que nous avons réalisés, les critères d'identification visuels sont les premiers que la personne cherche à modifier.

Lors de l'analyse des entretiens nous avons remarqué que l'épilation du visage chez les personnes, MtF est une des premières démarches effectuées dans leur parcours. Inversement nous avons pu noter que le port de la moustache ou de la barbe était quasi systématique, dès que cela était possible grâce à la prise d'hormones, chez les personnes FtM comme marqueur de leur virilité.

La suppression de la pomme d'Adam est aussi un acte chirurgical demandé rapidement, car l'hormonothérapie sera sans effet sur la proéminence du cartilage thyroïde. Cette proéminence, caractéristique de l'homme adulte²¹¹, est rapidement signalée comme une gêne par les personnes MtF qui, lorsqu'elles estiment leur pomme d'Adam trop visible, portent souvent foulard ou col montant pour la dissimuler.

La chirurgie de féminisation du visage est une question qui se pose aussi lors de la première année du parcours de soins chez les personnes qui estiment leur figure trop masculine. C'est une chirurgie qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale, qui l'assimile à de la chirurgie esthétique.

Bien que les chirurgiens qui pratiquent ces actes cherchent en premier lieu à gommer les caractères masculins du visage (proéminence de l'arcade sourcilière, taille du nez, forme de la mâchoire), le fait de remodeler les pommettes, augmenter le volume des lèvres sont des actes qui se rapprocheraient plus de l'esthétique.

Entre dé-masculinisation et féminisation chirurgicale la frontière est tout aussi poreuse que celle qui existe entre la chirurgie correctrice et la chirurgie esthétique. Le besoin qu'ont les personnes MtF de recourir à ce type de chirurgie s'apparente plus à leur propre regard qu'elles portent sur leur image, qu'à une nécessité comme la pilosité faciale ou la pomme d'Adam dictée par des normes de reconnaissance liées au sexe de la personne.

L'augmentation de la poitrine chez les personnes MtF est aussi attendue avec impatience, la pose de prothèses mammaires ne pouvant être réalisée qu'après un certain temps d'hormonothérapie. Cette démarche chirurgicale reste toutefois propre à chaque personne et

²¹¹ LE HUCHE F., ALLALI A., *La Voix*, tome 1, 4^{ème} édition, Collection phoniatrie, Elsevir Masson, 2010, pp. 60-61

à ses propres critères d'estimation quant à la taille suffisante de sa poitrine qui lui permet d'affirmer sa féminité.

La mastectomie est le premier des actes médicaux, avec la prise d'hormones, que demandent les personnes FtM ; elle est parfois réalisée conjointement avec l'hystérectomie.

Enfin la chirurgie de réassignation sexuelle qui n'est jamais pratiquée ni demandée en première intention appartient à l'intimité de la personne. Si cette chirurgie reste comme le point majeur des transformations corporelles, la modification du sexe de la personne Trans n'apparaîtra que lorsqu'elle choisira le moment et la personne à qui elle révélera cette partie de son anatomie.

Ce marqueur appartient au respect de l'intimité. Il est en lien direct avec le respect de la vie privée de la personne. Les demandes des personnes Trans quant à la modification de leurs papiers d'identité avant même que cette chirurgie ait eu lieu, argumentées par leur besoin d'être respectées dans leur intimité en font foi²¹².

3.2.2 La voix

L'exemple de la voix de la personne illustre bien ce combat de reconnaissance. C'est le principal souci que retransmettent les personnes Trans MtF lorsqu'elles doivent parler au téléphone. Le fait d'être appelée « monsieur » alors qu'elles se sont présentées avec un prénom féminin souvent précédé du titre de civilité « madame » les ramène à une dure réalité. Leurs propos sont instantanément décrédibilisés.

Travailler sa voix peut s'étendre sur plusieurs années et contribue à ce parcours de reconnaissance.

Pour les personnes qui évoluent dans le sens femme vers homme la prise d'hormones mâles agit sur l'épaisseur des cordes vocales et aggrave rapidement la voix qui devient facilement masculine.

Le processus inverse ne se produit pas pour les personnes évoluant dans le sens homme vers femme. Les cordes vocales ont augmenté de taille et d'épaisseur à la mue et ces deux paramètres ne peuvent régresser malgré les modifications hormonales. Les différentes techniques chirurgicales visant à féminiser la voix ne donnent que des résultats partiels²¹³ et souvent insatisfaisants qui contraignent les personnes à suivre une rééducation orthophonique.

²¹² Livre blanc

²¹³ REMACLE M., MATAR N., MORSOMME D., VEDUYCKT I., LAWSON G., *Glottoplasty for male-to-female transsexualism : voice results*, [Journal of voice](#)., Janvier 2011, volume 25, pp. 120-123

C'est un travail technique mais aussi psychologique qui s'engage²¹⁴. Qui suis-je lorsque je parle, qu'est-ce que je souhaite transmettre par ma voix ?

Nous avons pu remarquer au cours des rééducations que nous avons faites avec les personnes Trans que cette voix évoluait progressivement dans le sens du genre désiré, en même temps que les caractéristiques physiques se modifiaient. Mais lorsque le physique se différenciait trop de la voix celle-ci était vécue comme une trahison par la personne Trans et par le ou les auditeurs marquant leur surprise de façon plus ou moins agressive²¹⁵.

La voix est le soutien de nos paroles ; elle peut confirmer ou infirmer sans que nous en soyons pleinement conscients ce que nous disons ; et lorsque l'auditeur perçoit une dissonance, il est amené à douter de ce qui est dit. Dire : « Je suis une femme » avec une voix perçue comme féminine sera mieux accepté que si cela est prononcé par une voix masculine. Ainsi le travail de la voix tient une place importante dans la recherche de légitimité des personnes Trans.

3.2.3 Le genre

« *On ne naît pas femme : on le devient... Seule la médiation d'autrui peut constituer un individu comme un Autre* ». Ces premières lignes de Simone de Beauvoir écrites dans son ouvrage, *Le deuxième sexe*²¹⁶, nous font entrevoir combien le genre féminin ou masculin relève d'une construction dépendante de la personne elle-même et de son environnement.

La personne Trans, par les modifications corporelles qu'elle a subies, met en évidence les variantes de comportement liées au genre, et parfois les remet même en question.

Les ouvrages sur le genre font d'ailleurs souvent référence aux personnes transsexuelles notamment lorsqu'il s'agit d'établir la relation entre le sexe et le genre, et d'en montrer la complexité²¹⁷.

Lorsque Françoise Héritier dans son ouvrage, *La différence des sexes*, définit ce qu'est le genre, la référence au transsexualisme est aussi présente : « *Nous appelons « genre » la manière de penser, les comportements, les attitudes, les représentations ; c'est une façon de classer les individus ou les choses dans des boîtes mentales qui ont été créées avant nous. En plus du sexe apparent, nous sommes définis par un genre qui est attendu de nous, ce qui*

²¹⁴ DESCLOUX P., ISOAR-NECTOUX S., MATOSO B., MATTHIEU-BOURDEAU L., SCHNEIDER F., SCHWEIZER V., « Transsexualité : accompagnement logopédique sur la « voix » de la transformation », *European revue of ENT*, Avril 2012, pp. 41-44

²¹⁵ GIRARD L., « La voix et les transsexuels », *Revue de Psychanalyse et Clinique Médicale*, n°21 Le genre, 2007, pp. 201-210

²¹⁶ DE BEAUVOIR S., *Le deuxième sexe*, volume 2, 1949, Folio essais Gallimard, Paris, 2003, p. 13

²¹⁷ BERENI L., CHAUVIN S., JAUNAIT A., REVILLARD A., *Introduction aux Gender Studies*, éd. De Boeck, Bruxelles, 2008, pp. 28-36

*peut causer beaucoup de souffrance pour des personnes qui sont nées avec un sexe apparent de garçon ou de fille, mais qui, dans la profondeur de leur intimité, ont la certitude que le genre qui est attribué à l'autre sexe leur correspondrait mieux. Ils préféreraient appartenir à l'autre sexe*²¹⁸.»

Par son évolution physique, la personne Trans va se trouver dans l'obligation, consciente ou non, de répondre plus ou moins aux normes de genre apparentées à son apparence physique.

Avoir lutté contre la réalité physique de son apparence dans un premier temps, tout en ayant intégré « par la force des choses » certaines normes de genre pour pouvoir évoluer dans la société sans trop de marginalisation, puis réintégrer progressivement un physique en harmonie avec son identité de genre ressentie et modifier des réflexes comportementaux pour se faire une nouvelle fois accepter par la société, n'est pas toujours simple.

3.2.3.1 L'attention portée à l'apparence

Lors de nos entretiens, les personnes MtF nous ont souvent fait part des remarques que leur entourage se permettait de faire sur leur féminité : « *Tu ne devrais pas mettre de pantalon* », « *Ce n'est pas très féminin* » « *Tu n'aurais pas dû couper tes cheveux* ».

Les personnes Trans entre elles utilisent aussi ces jugements de valeurs quant à la féminité plus ou moins réussie de leurs consœurs. Bien que certaines féministes s'en défendent, le maquillage, le vernis à ongles, sont utilisés très fréquemment chez les personnes Trans, ce qui ne nous semble pas uniquement dû au plaisir d'utiliser des accessoires jusque-là interdits.

Ce comportement quant à l'attention physique, ce besoin de légitimer sa féminité, appartient à une des caractéristiques du genre féminin qui, ainsi que l'énonce Pierre Bourdieu lorsqu'il explique la différence du « vu et du perçu » chez la femme et chez l'homme : « *Tandis que pour les hommes, le cosmétique et le vêtement tendent à effacer le corps au profit de signes sociaux de la position sociale (vêtement, décorations, uniformes, etc.) chez les femmes ils tendent à l'exalter et à en faire un langage de séduction.*²¹⁹ ».

Ainsi par cette nouvelle attention portée à son apparence la personne MtF se conforme à une des normes de genre propre au féminin.

²¹⁸ HERITIER F., *La différence des sexes*, éd. Bayard, Paris, 2010, pp. 11-12.

²¹⁹ BOURDIEU P., *La domination masculine*, éd. Seuil, Paris, 2002, p. 136

3.2.3.2 Les réorientations professionnelles.

Dans la majorité des cas les personnes Trans qui exercent une profession souhaitent la conserver, et si elles ne désirent pas, une fois leur transition terminée, continuer à travailler avec les mêmes collègues, elles changent de service ou d'entreprise en gardant la même profession.

Pourtant certaines personnes se sentent obligées d'opérer une conversion professionnelle ; il s'agit de personnes MtF exerçant un travail physique ou une profession jugée plutôt masculine. Continuer d'être plombier ou maçon en étant une femme leur fait craindre une perte de crédibilité de la part de collègues ou de clients.

3.2.3.3 La modification des codes de politesse, et la répartition des tâches

Ces modifications sont propres à chacun mais certaines personnes Trans nous ont avoué leur surprise quant au changement de regard que les hommes posaient sur elles. Ces remarques ne faisaient pas référence à un regard plus ou moins séducteur, mais à un regard différent d'avant, et l'octroi de tâches qui ne leur avait jamais été proposées auparavant.

Une personne MtF ayant continué après sa transition à garder le même poste de haute responsabilité dans son entreprise a été très surprise un mois après son retour, de se voir proposer d'aller préparer le café pour tous les membres d'une réunion de direction alors que cela ne lui avait jamais été demandé ! Les stéréotypes ont la vie dure !

3.2.3.4 La modification de la sexualité

On commence à débattre publiquement (non sans quelques difficultés) de la différence entre le sexe de naissance et orientation sexuelle, et que cette dernière n'est pas biologiquement liée à notre sexe de naissance. Le transsexualisme va lui aussi contribuer à bouleverser la conception de l'ordre naturel des choses.

Dans l'antiquité, la sexualité était considérée plus comme une « action sur », c'est-à-dire un pouvoir de domination, que comme une relation réciproque telle qu'elle se définit actuellement. Toutefois la sexualité contemporaine est toujours marquée par le genre²²⁰.

La question qui se pose est : « Est-ce qu'une personne Trans va, en changeant son apparence physique, modifier son orientation sexuelle ? »

²²⁰ BERENI L., CHAUVIN S., JAUNAIT A., REVILLARD A., *Introduction aux Gender Studies*, éd. De Boeck, Bruxelles, 2008, pp. 38-48

Les réponses obtenues des personnes concernées sont multiples. Certaines vivaient, avant leur transformation, une relation d'apparence homosexuelle ; par exemple, une personne d'apparence féminine mais dont l'identité de genre était masculine vivait une relation amoureuse avec une autre femme ; toutefois cette relation, homosexuelle au regard de la société, était vécue par la personne Trans comme une relation hétérosexuelle qui s'est « régularisée » par la modification de son apparence physique.

Lorsqu'il s'agit de personnes ayant été, ou étant encore mariées, les comportements varient. Deux personnes mariées nous ont avoué n'avoir jamais eu au cours de leur mariage de relations sexuelles avec qui que ce soit et avoir eu des enfants l'une en les adoptant, l'autre par procréation médicale assistée.

Certains couples se séparent, d'autres choisissent de rester ensemble. Jusqu'au mois d'octobre 2012 où le changement d'état civil a été obtenu pour une personne Trans sans qu'elle ait à divorcer²²¹, le divorce était une étape obligatoire pour un couple, dont l'un des partenaires souhaitait obtenir la modification de son état civil.

La séparation était, pour certains, dictée par la loi. Mais ce cas de figure n'est pas unique, des couples se sont aussi séparés à la demande du conjoint qui supportait mal la transformation de l'autre, et aussi à la demande de la personne Trans qui souhaitait profiter de nouvelles relations, parfois avec des personnes de sexe différent de leur ex-conjoint, cherchant à « découvrir les possibilités » de leur nouveau corps.

La sexualité appartient à l'intime ; pour autant elle reste encore liée à des normes sociales et il est difficile dans le cas des personnes Trans de déterminer ce qui revient au comportement social et ce qui appartient à leur choix sexuel.

3.3 Se faire reconnaître et accepter

Que doit-on entendre par se faire reconnaître et se faire accepter dans le cas d'une personne Trans ? Est-ce se faire reconnaître comme personne transsexuelle, trans-identitaire, ou transgenre le restant de sa vie, ou bien se faire reconnaître comme femme ou homme ?

Les réponses que nous avons obtenues dans nos entretiens à la question portant sur la façon dont les personnes se définissaient montrent que la réponse ne va pas être unique.

²²¹ La justice valide la nouvelle identité de Chloé, transsexuelle mariée. *Le Monde.fr* 16/10/2012 www.lemonde.fr
date d'accès : 21/10/2012

Certaines personnes souhaitent, une fois leur parcours de soins terminé, être reconnues pleinement comme femme ou homme, et considèrent que la chirurgie de réassignation sexuelle est un acte nécessaire.

D'autres choisissent de rester dans un entre-deux et, parmi ces personnes certaines revendiquent même cette position à l'instar de Beatriz Preciado se définissant comme « gender hackers »²²².

Ce dernier cas de figure ouvre le débat sur la possibilité de reconnaissance d'un troisième sexe et sur la théorie Queer, mot qui signifie en anglais « étrange » ou « peu commun ».

La théorie Queer, ainsi que la présente Javier SAEZ²²³, « *fait une critique radicale des identités sexuelles en les questionnant en tant qu'essences immuables ou transcendantales* ». Le point de vue Queer exprime que ces identités peuvent muter et sont dépendantes de moments stratégiques, politiques, voire ludiques. « *Ce nomadisme met en relief la futilité de chercher une stabilité définitive en référence au corps, au genre ou à la sexualité, et peut dissoudre les processus de normalisation*²²⁴ ».

Nous ne discuterons pas ici de la question Queer qui s'apparente plus à un débat militant sur la question du choix de son genre et de son sexe. Quand bien même il s'agit aussi de modifications corporelles, elles nous semblent peu en rapport avec le transsexualisme pour lequel, comme nous l'avons observé, il ne s'agit pas d'un choix mais d'une nécessité.

Quelle reconnaissance donc, pour la personne transsexuelle ?

3.3.1 Reconnaissance et respect de la vulnérabilité des personnes Trans

Les personnes transsexuelles, par la progression des transformations corporelles, vont se trouver dans une position de vulnérabilité importante.

- Vulnérabilité face aux médecins auxquels la personne confie le devenir de son corps.
- Vulnérabilité sociale liée à une période de transition où la personne se trouve dans un entre-deux physique difficile à vivre face au regard d'autrui.
- vulnérabilité financière parfois par rapport au coût de certains actes médicaux et à sa position professionnelle.

La prise en compte de ces vulnérabilités est un point essentiel de la reconnaissance de la dignité.

²²² PRECIADO B., 2008, *Testo Junkie*, éd. Grasset, Paris, 2008, p. 50

²²³ SAEZ J., *Théorie queer et psychanalyse*, EPEL, Paris, 2005, p. 90

²²⁴ *ibid.*

3.3.1.1 La vulnérabilité corporelle

Face aux médecins qui vont la prendre en charge, l'inquiétude de la personne Trans est réelle. La relation de confiance doit s'établir de façon forte car c'est là que se situe la prise en compte de la vulnérabilité de la personne.

Lorsque par sa demande de soins la personne Trans décide de transformer son corps, elle n'est en général pas naïve. Ce corps rêvé va devenir réel, mais quelle va être cette réalité ? Les remarques que font les personnes quant à leur augmentation mammaire révèlent que cette réalité ne correspond pas toujours à leurs attentes. Elles remettent parfois en cause le traitement hormonal qui ne leur donne qu'une poitrine très petite et oublient qu'il existe des femmes dont la poitrine est peu développée, sans qu'elles aient pour autant un quelconque trouble hormonal. Cette prise de conscience amène une autre question : « quels seront les résultats des actes chirurgicaux sur mon propre corps » ?

En 2011 est sorti le film de Pedro Almodovar « La piel que habito »²²⁵ qui traite de la transformation forcée d'un jeune garçon en ravissante femme, transformation faite par un chirurgien dont les qualités techniques sont excellentes ; la réaction des personnes Trans MtF que nous suivions à ce moment-là fut de dire que cette situation n'était pas un cauchemar, mais un rêve, rêve d'une transformation physique totalement réussie.

L'inquiétude est bien présente ; le fait que les personnes Trans revendiquent la possibilité de choisir leurs médecins, que l'intervention de réassignation sexuelle soit faite à l'étranger pour plus de la moitié d'entre elles, parce qu'elles pensent y trouver une meilleure qualité technique, montrent bien que ce sentiment de vulnérabilité face à la technique médicale et à leur devenir physique est un sentiment très présent.

Il convient donc au médecin, dans sa relation avec le patient Trans, de prendre en compte cette dimension comme une fragilité de la personne en regard des transformations qui vont être réalisées sur son corps et au résultat qui sera obtenu, et non comme une hésitation quant à sa décision.

Cette dernière attitude du médecin est parfois présente et se concrétise par la question, souvent évoquée, du regret que pourrait avoir le patient une fois opéré, et son désir de revenir à son sexe d'origine. Cette inquiétude a permis de justifier la rigidité des protocoles de prise en charge des personnes Trans.

²²⁵ ALMODOVAR P., *La piel que habito*, (*la peau que j'habite*), Film sorti en août 2011

Cette évaluation des regrets très souvent citée reste pourtant floue, et actuellement il n'existe pas à notre connaissance de qualification précise de ces regrets. Éviter une erreur de diagnostic est une préoccupation légitime, mais tous les examens et tests psychologiques proposés à cet effet sont-ils nécessaires ?

Une étude anglaise montre que d'une part ils sont peu (ou pas) utilisés par l'équipe soignante dans la décision de prendre ou non en charge la personne par THC, d'autre part qu'ils sont considérés comme une atteinte à l'intimité et à la dignité par les personnes Trans, et enfin qu'ils ont un coût non négligeable pour la société²²⁶.

Ainsi le dialogue médecin-patient doit prendre en compte cette peur du patient qui, bien qu'il manifeste le besoin pressant d'accéder aux actes médico-chirurgicaux, s'inquiète de son état de santé général et de l'état de son corps transformé. Les réponses que nous avons obtenues quant à la responsabilité que les personnes Trans attribuaient au médecin montrent que ce dernier devait être en charge de leur état de santé, et responsable de sa technique.

La charge attribuée au médecin est lourde. Il s'agit ici d'une demande de résultats : un corps d'aspect satisfaisant et en bonne santé. Le patient Trans recherche comme la plupart des personnes souffrantes le médecin idéal « ... *un technicien d'excellence doté du pouvoir de guérir, soulager, réparer son corps ou son psychisme blessés*²²⁷ ».

L'expertise que les personnes ont acquise via Internet et le bouche à oreille est un rempart contre cette peur que le patient dresse entre le médecin et lui.

Face à cette attitude, il est important pour le soignant de séparer ce qui relève d'une indécision, et - ou - d'une injonction à l'excellence et ce qui relève de cette partie vulnérable de la personne en souffrance, partagée entre désir d'y mettre fin et peur du résultat.

3.3.1.2 La vulnérabilité sociale.

La modification physique de la personne Trans ne se produit pas instantanément, et une période d'entre-deux, plus tout à fait l'un pas tout à fait l'autre, place la personne dans une situation difficile où elle doit répondre aux interrogations d'autrui, et justifier comme elle le peut de son identité.

Le moment où le corps révèle, de façon encore imparfaite, l'identité « réelle » de la personne, est souvent le moment où celles et ceux qui ne l'avaient pas encore fait

²²⁶ GILLOTT S., WYLIE K., "The clinical value and cost effectiveness of using psychometric - rating scales in the assessment of patients with gender dysphoria", *Sexologies*, volume 17, 2008, pp. 238-244

²²⁷ MOLEY-MASSOL I., *Relation médecin-malade, Enjeux, pièges et opportunités*, éd. DaTeBe, 2007, p. 15

annoncent à leur entourage socioprofessionnel celle ou celui qu'elles vont devenir. Lorsque nous avons revu les personnes pour un nouvel entretien, un an après, certaines d'entre elles faisaient état de difficultés rencontrées en famille ou lors de contrôles d'identité.

Il faut noter ici une différence importante suivant le sens de la transformation. Le parcours FtM (femme vers homme), notamment en ce qui concerne l'obtention d'une nouvelle identité juridique, est beaucoup plus rapide et facilement accepté que le parcours MtF (homme vers femme).

On ne peut pas ne pas noter cette différence, la rapprocher d'une vision hiérarchique du genre, et ne pas ignorer qu'elle influe pour certains sur la vision de la personne Trans.

« Comment un homme peut-il, dans une société où la domination masculine perdure, accepter de quitter son pouvoir pour endosser le rôle de la femme et la soumission qui lui incombe ? Sachant, par ailleurs, qu'il ne deviendra jamais une femme à part entière, c'est-à-dire une mère. »

Cette phrase, qui ferait crier au scandale bon nombre de femmes et de féministes n'est jamais dite ouvertement ; pourtant différents comportements vis-à-vis des personnes Trans et entre les personnes Trans elles-mêmes, montrent que si cette pensée n'est pas citée directement, elle reste parfois inscrite dans notre inconscient et conditionne certains de nos actes.

Lorsqu'il est visible qu'un homme s'habille ou prend les attributs d'une femme on parle de travesti voire de « travelo » avec tout le mépris qui s'ajoute à ce mot. Lorsqu'une femme prend visiblement les attributs d'un homme les mots travesti ou « travelo » ne sont pas évoqués, on parlera de garçon manqué ou on signifiera son manque de féminité mais sans que cela soit pour autant méprisable.

Par ailleurs, jusqu'à il y a une dizaine d'années lorsque l'on parlait de transsexuels c'était très majoritairement de la transformation homme vers femme dont il s'agissait, plus socialement spectaculaire, que de la transformation femme vers homme mieux acceptée.

La personne Trans va donc devoir se confronter à de multiples réactions de curiosité, d'incompréhension, éventuellement de mépris. Au cours de nos entretiens plusieurs personnes nous ont confié s'être fait interpellé de façon agressive dans la rue ou au cours de contrôles d'identité ou dans le métro.

Cet entre-deux genres qu'assument pleinement ceux qui souhaitent rester ainsi et qui le revendiquent est difficile à vivre pour les personnes Trans qui souhaitent, elles, devenir le plus rapidement possible pleinement « Elle » ou « Lui ».

Les réponses obtenues à la question sur ce qui manquait aux personnes dans le parcours font état, outre la question financière, du temps dans le sens où les personnes souhaiteraient aller plus vite, bien qu'elles aient conscience que toutes ces modifications physiques ne peuvent se faire instantanément.

L'accompagnement par le psychiatre ou le psychologue prend dans cette période tout son sens. C'est ce rôle de soutien qui est souvent mentionné dans nos entretiens quand les personnes évoquent le rôle du psychiatre.

Il est étonnant que peu de personnes aient mentionné leur intérêt pour un accompagnement de la famille, en particulier des enfants, notamment pendant la période de transition ou de nombreuses tensions peuvent apparaître.

Une étude américaine faite en 1978²²⁸ a montré qu'il n'existait pas de trouble psychosexuel ni de difficulté dans le développement de l'identité chez les enfants de personnes Trans.

Par ailleurs une autre étude publiée en 2007²²⁹ révélait que des conflits pouvaient survenir entre les conjoints dont l'un commençait une transformation hormono-chirurgicale, ainsi qu'avec les enfants du couple.

Toutefois, en ce qui concerne les enfants, lorsqu'on mesurait leurs résultats scolaires (critère de mesure de l'adaptation de l'enfant à des événements particuliers) il n'existait pas de baisse significative, et ce n'était pas les conflits familiaux qui étaient la cause de difficultés mais la stigmatisation sociale dont ils pouvaient être victimes.

Compte tenu de ces observations, un accompagnement psychologique de la famille devrait être proposé systématiquement et effectif pour toutes les personnes qui le souhaiteraient.

3.3.1.3 La vulnérabilité financière

« *Si j'avais l'argent je ferais tout, tout de suite* » répond une personne dans nos entretiens ; la question du financement des actes médicaux reste pour certaines personnes Trans synonyme de manque de liberté dans leur parcours.

L'inégalité socio-économique vis-à-vis du parcours de soins des personnes Trans est mise en évidence par le choix de certains de faire pratiquer leur chirurgie de réassignation à l'étranger.

Cette attitude provoque un sentiment d'inégalité chez celles et ceux qui ne peuvent avoir ce choix pour des raisons financières ou des raisons socioculturelles, car un séjour à l'étranger,

²²⁸ GREEN R., "Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents", *The American Journal of Psychiatry*, Vol 135(6), Jun 1978, pp. 692-697

²²⁹ WHITE T., ETTNER R., Adaptation and adjustment among children of transsexuals, *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol 16 : 215-221, Juin 2007

notamment en Thaïlande suppose que les personnes aient un minimum d'aptitude à se sentir à l'aise avec une langue et une culture différentes.

Pour les personnes qui n'y ont pas accès, l'impression d'un choix par défaut contribue à renforcer leur sentiment de faiblesse sociale déjà instauré par leur transsexualisme et générateur de colère, de honte et de timidité²³⁰ face à l'autorité médicale.

Ainsi, dans le cadre du transsexualisme, le fait que l'opération de réassignation soit faite à l'étranger par bon nombre de personnes et que ce soit de notoriété publique, (sur les forums Trans ou dans les rapports de la HAS en 2010 et de l'IGAS en 2011) a certainement contribué à créer une vision négative des équipes hospitalières françaises, en laissant sous-entendre que seuls ceux qui n'avaient pas le choix, voire n'étaient pas capables d'avoir ce choix, y avaient recours.

Actuellement se développent des équipes hospitalières centrées sur la chirurgie, avec une formation accrue des chirurgiens dans le domaine de la chirurgie de réassignation sexuelle et de la chirurgie plastique, et dont le protocole de soins est moins contraignant comme le GRETIS à Lyon. Cela permettra certainement de faire évoluer positivement cette sensation de vulnérabilité économique liée au manque de choix.

3.3.2 Reconstruire la dignité de sa personne

Par sa demande de soins, la personne Trans va au-delà d'une simple demande de rétablissement de la cohérence de son identité ; elle demande à être reconnue en tant qu'être humain avec tout le respect qui lui est dû.

Pourtant son humanité va être mise à mal par sa demande de traitement hormono-chirurgical qui va modifier son corps et le sortir des normes du sexe auquel il était assigné.

Ce corps transformé petit à petit représente pleinement, comme le dit Michela Marzano, l'« objet matériel » qui s'inscrit dans le devenir et dans le paraître²³¹. Michela Marzano précise que ce corps est aussi « *l'objet que nous sommes et qu'en tant que tel il est l'un des signes de notre humanité et de notre finitude.* » Les risques d'interprétations quant à une humanité mutante non définie peuvent apparaître et entacher le respect dû à la personne Trans.

Ainsi que le dit Pierre Bonjour : « *Hélas, on voit souvent que ce respect inconditionnel de l'autre dégénère en moralisme et autres idéologies qui lui tournent le dos : car le respect de*

²³⁰ WILKINSON R., 2010, *L'égalité c'est la santé*, éd. Desmopolis, Paris, pp. 157-159

²³¹ MARZANO M., 2010, *De l'ambiguïté sexuelle. Réflexions philosophiques*, Les assises du corps transformé, Regards croisés sur le genre, éd. Les études hospitalières, Bordeaux, p. 155

la dignité a besoin d'un ancrage dans le concret. La concrétude de chacun c'est son corps²³². »

3.3.2.1 Un appel à la tolérance

Le corps en devenir de la personne Trans est donc un appel à la tolérance de l'autre, au dépassement de son intolérance.

Paul Ricœur, au sujet de la tolérance, parle de vertu car c'est pour lui une victoire sur l'intolérance : *« En effet la victoire sur l'intolérance est une victoire sur un principe fort de la nature humaine, à savoir la tentation pour quiconque a un brin de pouvoir – ou un grand pouvoir – de l'imposer aux autres. Tout pouvoir, en ce sens, est potentiellement un « pouvoir sur ». Tentation, tentative d'imposer aux autres ses propres croyances, ses propres convictions, sa manière de conduire sa vie, dès lors qu'il les croit seules valables, seules légitimes²³³. »*

L'aide de l'autre dans la reconstruction de la dignité de la personne Trans peut se faire dans la dernière étape du dépassement de son intolérance que cite Paul Ricœur *« je n'approuve ni ne désapprouve ce que les raisons pour lesquelles vous vivez différemment de moi, mais peut-être que ces raisons expriment un rapport au bien et au vrai qui m'échappent à cause de la finitude de la compréhension humaine²³⁴. »*

3.3.2.2 La reconstruction juridique de l'identité de genre

3.3.2.2.1 Complexité juridique et respect de la dignité

La reconstruction de la dignité des personnes Trans passe aussi par la reconnaissance de leur nouvelle identité juridique, ainsi que des droits qui lui sont attribués.

Depuis 1992 les personnes Trans peuvent prétendre à un changement de leur état civil suite à l'arrêt de la Cour de cassation rendu le 11 décembre 1992, autorisant la modification de l'état civil d'une personne Trans aux motifs qu'elle ne présentait plus tous les caractères de son sexe d'origine, qu'elle avait pris une apparence physique appartenant à l'autre sexe et que le principe du respect dû à sa vie privée justifiait que son état civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence²³⁵.

²³² BONJOUR Pierre, « La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine » À partir de l'ouvrage coordonné par Thomas DE KONINCK et Gilbert LAROCHELLE, *Reliance*, 2006/2 no 20, pp. 85-92.

²³³ RICŒUR P., 1997, Le dialogue des cultures, la confrontation des héritages culturels, Publié dans : *Aux sources de la culture française*, LECOURT D. et al., éd. La Découverte, Paris, pp. 97-105, accessible sur : [www.fondsriceur.fr/photo/confrontation\(2\).pdf](http://www.fondsriceur.fr/photo/confrontation(2).pdf), date d'accès : 28/10/2012

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ Cour de cassation, assemblée plénière, 11 décembre 1992, pourvois n° 91-11900 et 91-12373

Ce respect de la vie privée permettant la construction d'une nouvelle identité juridique permet à la personne Trans d'être reconnue et respectée pour ce qu'elle est, mais surtout de ne pas avoir à se justifier en permanence.

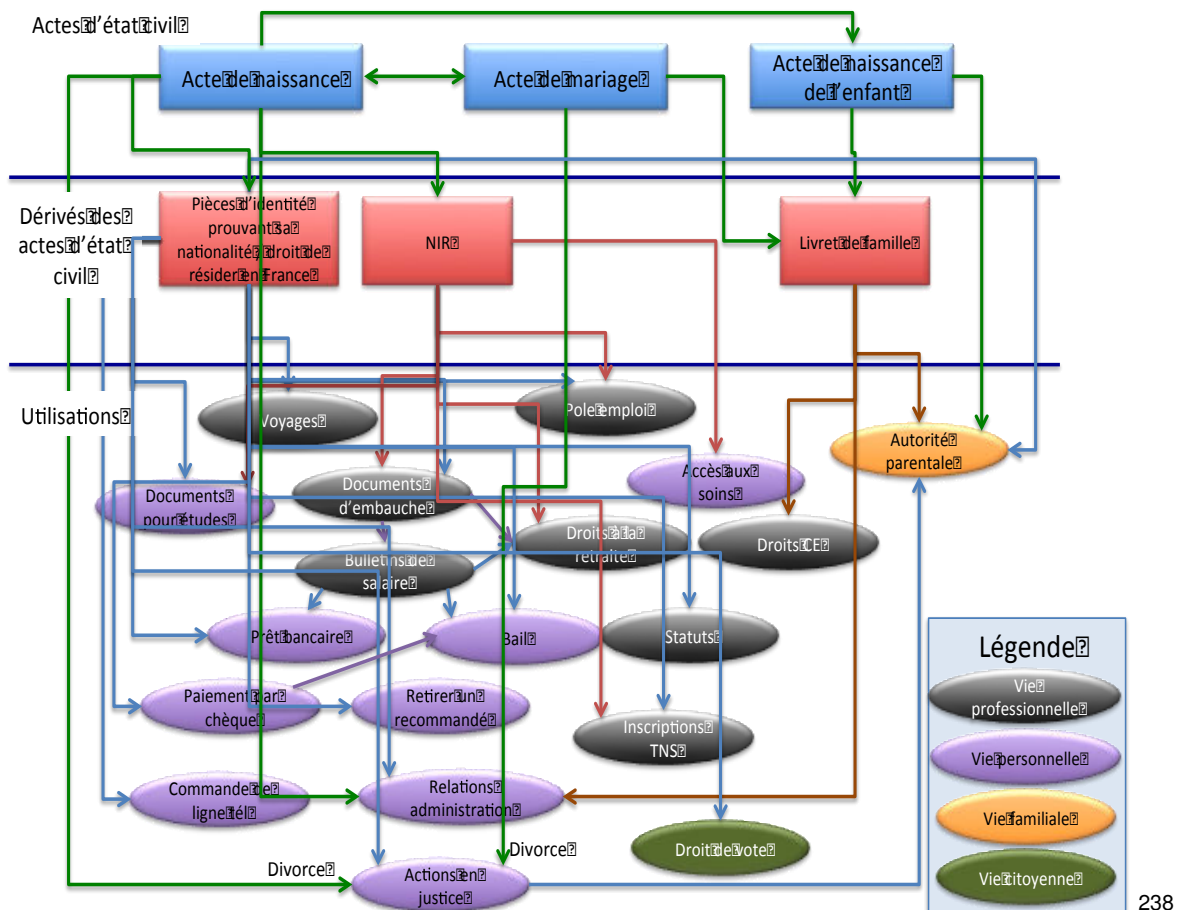
La reconnaissance et le respect de sa vie sociale incluent aussi la possibilité de pouvoir rester marié. Jusqu'à très récemment, les personnes Trans qui souhaitaient rester mariées devaient abandonner l'idée de modifier leur état civil. Le 16 octobre 2012, la cour d'appel de Rennes accepte le changement d'état civil de Chloé (Wilfrid de son ancien prénom), sans pour autant qu'elle soit obligée de divorcer. Ce fait avait déjà eu un précédent en février 2012 à Montpellier où le tribunal de grande instance avait attribué le changement d'identité à une personne mariée. Pour autant la médiatisation du changement d'état civil de Wilfrid/Chloé^{236 237}, laisse à penser que le regard de la société évolue et que la justice suit cette évolution.

Ce besoin d'une reconnaissance juridique est un élément qui intervient dans le parcours de soins, sur l'état de santé de la personne Trans car il est inclus dans la lutte pour la reconnaissance de la personne.

Samantha Monfort illustre dans son livre blanc relatif au parcours juridique des personnes Trans la complexité des actes juridiques par un schéma visuellement très évocateur.

²³⁶ *Libération*, Wilfried devient Chloé transsexuelle mariée, 16/0/2012 www.libération.fr date d'accès : 29/10/2012

²³⁷ *Le Monde.fr*, La justice valide la nouvelle identité de Chloé, transsexuelle mariée, 16/10/12 www.lemonde.fr.
date d'accès : 29/10/2012



L'auteure souligne par ailleurs les risques relatifs à la juridiction actuelle concernant les personnes Trans. En particulier²³⁹ :

- Le décalage entre le parcours personnel de transformation et le parcours juridique ;
- L'insuffisance structurelle des lois anti-discrimination pour pallier aux atteintes de l'intimité en attendant le changement d'état civil ;
- L'incohérence entre le traitement de l'acte d'état civil et celui de ses dérivés, source d'atteinte à l'intimité de la personne.

S. Monfort souligne cinq domaines où retentit, sur la personne Trans, la complexité juridique actuelle.

La vie professionnelle, la vie privée et familiale, la vie citoyenne, la vie carcérale, ainsi que la dignité et la primauté de la personne.

Par ailleurs, le droit à la dignité du patient est souvent mis à mal en regard de l'identification juridique de la personne. Les personnes Trans, lors de leur parcours, sont confrontées à de multiples consultations médicales et relations avec les laboratoires d'analyses, et les

²³⁸ MONTFORT S., *Livre Blanc, État civil et population Trans, Droits bafoués et violation de la vie privée*, p. 30
 lique-de-defense-des-trans-europe.overblog.com, date d'accès : 5/01/2013

²³⁹ *Ibid.*, pp : 40-42

pharmacies. Se faire interpellé par une civilité ou un prénom qui ne correspond plus à son apparence, justifier régulièrement de l'incohérence entre son numéro de sécurité sociale et des soins demandés est souvent vécu comme un manque de respect par les personnes concernées, ainsi que l'ont mentionné certaines personnes lors de nos entretiens.

Cet aspect de la dignité dans la complétude de la personne se reconstruit progressivement, néanmoins la lenteur du parcours juridique accroît les risques de marginalisation, la vulnérabilité des personnes, ainsi que d'un éventuel glissement vers la précarité.

3.3.2.2 Reconnaissance juridique et expertise médicale

La justice s'appuie sur l'expertise médicale pour accorder ou non le changement d'état civil de la personne. Le juge est en droit de demander une triple expertise. La Cour de cassation a d'ailleurs confirmé ce principe dans son arrêt du 7 Juin 2012²⁴⁰. Elles sont demandées à trois médecins experts, endocrinologue, psychiatre et chirurgien. Ces expertises sont demandées en dépit des documents que fournit la personne Trans pour prouver la réalité de sa transformation, (attestation du chirurgien qui a effectué la réassignation sexuelle, certificats du psychiatre et de l'endocrinologue). Pourtant le ministère de la Justice dans une circulaire datant du 14 mai 2010, dénonce l'application de cette pratique. D'une part en raison de la diversité d'application des expertises, et d'autre part parce qu'elle est coûteuse et ralentit la procédure de changement de l'état civil de la personne : « *Cette diversité des pratiques peut être source d'incompréhension et perçue comme discriminatoire, puisque, selon le lieu où est déposée la requête, l'expertise sera ordonnée ou non, et ce d'autant que l'article 144 du code de procédure civile donne au juge le pouvoir souverain d'apprécier la nécessité de mesures d'instruction.*

*Outre le fait que le recours systématique aux expertises représente un coût, il a pour effet de rendre plus complexe et plus longue la procédure. Cette exigence s'avère aussi souvent inutile, en raison des nombreux rapports et documents médicaux devant être fournis par le requérant*²⁴¹. » Cette circulaire recommande, outre que le changement d'état civil ne soit plus exclusivement conditionné à l'ablation des organes génitaux de naissance, que les expertises médicales ne soient demandées que « *si les éléments fournis révèlent un doute sérieux sur la réalité du transsexualisme du demandeur* ».

²⁴⁰ Cour de Cassation, Arrêt n° 757 du 7 juin 2012 (10-26.947), <http://www.courdecassation.fr>, date d'accès : 06/01/2013

²⁴¹ Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés, Circulaire de la DACS n° CIV/07/10 du 14 mai 2010 relative aux demandes de changement de sexe à l'état civil NOR : JUSC1012994C, n° 2010-3, 31/05/2010, <http://www.textes.justice.gouv.fr>, date d'accès : 06/01/2013

Actuellement le droit se soumet à l'avis médical. Cette question, si elle doit être débattue, est une question de société sur la reconnaissance de la personne en tant qu'être autonome. Néanmoins, dans un respect d'équité, il serait important que les tribunaux s'accordent sur la demande de ces expertises, vécues souvent comme humiliantes par les personnes Trans.

4 Le respect de la dignité de la personne et respect de la dignité humaine

Comme nous l'avons évoqué dans le paragraphe précédent il s'agissait d'une reconstruction de la dignité mais cet exposé serait incomplet si nous n'abordions pas la question de la dignité humaine comme valeur intrinsèque de la personne et les conflits qui peuvent se présenter dans le cadre du transsexualisme : respect de la dignité que demandent les personnes Trans et respect de la dignité humaine.

Ici entre en compte la notion normative de la dignité telle qu'elle a été définie par la déclaration universelle des droits de l'homme en 1948. Cette notion de la dignité universelle et intemporelle ne risque-t-elle pas de servir d'alibi à certains, ainsi que le développe Gilbert Hottois, pour restreindre des libertés ? « *On recourt à la notion de dignité quasi exclusivement pour en déduire ou y associer des obligations et des interdictions universelles, catégoriques, fondées sur la valeur intrinsèque de la dignité*²⁴² ».

D'un regard sur la personne lui conférant toute dignité ne passe-t-on pas à une vision totalitariste ? « *Ce sont toujours des individus ou des collectivités – c'est-à-dire des hommes et jamais tous les hommes – qui affirment l'existence de valeurs absolues et qui tentent de les imposer à d'autres hommes qui ne les partagent pas*²⁴³ ».

Pour autant doit-on accepter tous les actes médicaux et juridiques demandés par les personnes Trans au simple fait du respect de leur liberté et de leur dignité ?

4.1 Le libre arbitre face aux normes sociales

Si nous examinons l'environnement dans lequel s'exprime le libre arbitre de la personne Trans, il est conduit par une force irrépessible, celle de vouloir changer sa morphologie.

Peut-on parler réellement de libre arbitre dans cette décision qui est modulée par le regard de la société ? Comme le dit Judith Butler, une société qui ne ferait pas de distinction si catégorique sur le genre n'amènerait-elle pas beaucoup de personnes Trans à diminuer, voire à supprimer, leur traitement médicochirurgical ?

²⁴² HOTTOIS Gilbert, 2009, *Dignité et diversité des hommes*, librairie philosophique J.VRIN, Paris, p. 29

²⁴³ *Ibid.*, p. 30

La question du libre arbitre dans la prise de décision d'entamer un parcours de soins se pose.

La liberté de choix se conçoit comme la possibilité de faire un choix entre deux propositions au moins, et que ces propositions soient d'égales valeurs aux yeux de celui qui choisit.

En regard des entretiens que nous avons réalisés, le choix d'entamer un traitement médico-chirurgical nous est apparu comme une décision nécessaire sans autre alternative que celle de souffrir en permanence dans un corps qui, compte tenu du regard de la société, ne satisfait pas la personne dans son identité.

Par ailleurs, la reconstruction de cette identité notamment dans sa composante sociale et juridique ne peut s'extraire totalement des normes de la société dans laquelle la personne évolue. Jean-Claude Kaufmann, parlant de « *l'identité de papier*²⁴⁴ », explique l'obligation de réduire « *la complexité du réel* » pour pouvoir constituer des repères nécessaires à l'administration des personnes. Ainsi, si la carte d'identité est « *un document attaché à la personne, dont la fonction est de prouver que celui qui le possède est bien celui qu'il prétend être*²⁴⁵ », elle ne peut rendre compte de toute la complexité de la personne qui la détient.

Cette restriction est toutefois nécessaire au « vivre ensemble » et répond par là même au besoin d'identification de l'autre, qui permet de se positionner soi-même quant aux modes de relations que l'on souhaite entretenir avec lui.

Le désir de certaines personnes Trans de vouloir modifier leur état civil sur la seule foi de leur ressenti ne peut se concevoir sans qu'il soit confronté à la réalité des relations humaines et administratives.

Ainsi, nous pensons que si la lenteur de la modification juridique de l'identité de la personne Trans peut effectivement porter atteinte au respect de son intimité, de son libre-arbitre et donc de sa dignité, elle est aussi la manifestation d'un besoin légitime de la société de prendre le temps d'évaluer et de reclasser la complexité du devenir social des personnes.

À ce stade, la notion de libre arbitre de la personne Trans se trouve contrainte par les normes sociales dans lesquelles la personne évolue.

4.2 Autonomie et devoir

La notion d'autonomie de la volonté telle que la définit Kant répond à plusieurs impératifs liés à la morale du devoir, sachant que la norme morale est posée par l'homme et s'inscrit contre la nature, ainsi que le développe Suzanne Rameix : « *Ce qui est naturel en nous, les*

²⁴⁴ KAUFMANN J-C, 2004, *L'invention de soi*, éd. Armand Colin, Paris, p. 18

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 20

inclinations, les penchants, comme la pitié, la sympathie, le désir de ne pas souffrir ou de ne pas voir souffrir..., tout ceci n'est pas indicatif pour l'action morale.[...] toute exception, si infime soit-elle, à l'universalité d'un principe d'action, au nom du réel et de sa complexité est un compromis irrecevable²⁴⁶ ».

Cette autonomie de la volonté définie ainsi semble manquer aux personnes Trans lors de leur demande de soins par le manque de détachement qu'elles affichent vis-à-vis des penchants naturels comme le désir de ne plus souffrir.

L'impératif universel du devoir exprimé par Kant, « *Agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle de la nature²⁴⁷* », ne peut être respecté si on le traduit dans le contexte de la personne Trans : « *Puis-je souhaiter modifier mon aspect physique dans le but de modifier mon identité de genre, et vouloir que tout le monde fasse ainsi ?* »

Kant considère que l'homme existe comme une fin en soi et non pas simplement comme moyen ; l'impératif pratique qu'il énonce « *Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, jamais simplement comme un moyen²⁴⁸* » se pose aussi contre le désir de modifier son corps comme nécessaire au respect de la dignité.

Le corps humain devient un moyen, mais seulement si l'on considère qu'il est séparé de l'esprit. S'il est considéré comme l'aspect de notre humanité, il n'est qu'un moyen destiné à une fin, celle de rendre à la personne son humanité et donc sa dignité.

Par ailleurs, par sa demande de soins, la personne Trans se trouve confrontée à ce paradoxe de la dignité humaine : d'une part, une autonomie de la volonté contrainte par des penchants naturels et d'autre part le désir de mettre l'homme comme fin en soi et non comme un moyen.

L'enjeu de l'autonomie de la volonté renvoie à la dualité de la nature humaine : une volonté tiraillée entre les penchants naturels et la raison pratique. La volonté se définit comme la faculté d'agir selon des règles, maximes si elles sont subjectives et lois si elles sont objectives. L'autonomie, quant à elle, se définit comme la capacité du sujet à se donner ses propres lois dont il reconnaît la pertinence par opposition à l'hétéronomie qui respecte des lois venant de l'extérieur.

Lors des entretiens que nous avons réalisés, la question de la responsabilité a été évoquée à plusieurs reprises. À la question : « quelles sont vos responsabilités par rapport à votre

²⁴⁶ RAMEIX S., 1996, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Ellipses, Paris, pp. 39-40

²⁴⁷ KANT E., 1785, *Métaphysique des mœurs I, Fondation Introduction*, éd. GF-Flammarion, Paris, 1994, p. 98

²⁴⁸ *ibid.*, p. 108

transition ? », la responsabilité évoquée vis-à-vis du regard de la société et d'une bonne intégration, montre que les personnes Trans prennent en compte la dimension sociale de leur transformation et qu'elles assument la responsabilité de cet acte. Néanmoins, il serait difficile d'affirmer que le paradoxe de la contrainte des penchants naturels et de l'homme comme fin en soi trouve sa solution pour les personnes Trans dans cette « liberté responsable » qu'elles évoquent tout au long de leur parcours ; bien que la liberté dans la décision ne peut entièrement être assimilée à une nécessité naturelle.

À première vue, cette liberté pourrait s'inscrire dans l'analyse définie par Kant de la liberté transcendantale qui fonde l'autodétermination : *« la même action qui, comme appartenant au monde sensible, est toujours sensiblement conditionnée, c'est-à-dire mécaniquement nécessaire peut aussi en même temps avoir pour principe de la causalité de l'être agissant, en tant qu'il appartient au monde intelligible, une causalité inconditionnée sensiblement, pouvant être conçue comme libre »*²⁴⁹.

Toutefois, peut-on réellement parler de volonté libre, au sens de Kant, ne dépendant ni de sa réussite ni de son échec, mais plutôt de son origine qui est l'intention morale lorsqu'on fait référence au « déterminisme psychique » de Freud²⁵⁰ qui affirme que la volonté ne peut presque rien par rapport aux exigences de l'inconscient ?

Sans pour autant opposer philosophie et psychanalyse, le choix de vie tel que nous le présentent les personnes Trans pose de nombreuses questions quant au regard qu'il convient de poser sur leur demande de soins.

Inscrire le respect de la dignité de la personne Trans en regard de la notion de dignité humaine demandera toujours des adaptations de part et d'autre. De la part de la société, notamment lorsqu'elle accepte ou non de prendre en charge la personne, et de la part des personnes Trans qui doivent aussi respecter l'opinion d'autrui.

Prendre en compte, sans pour autant les adopter, des valeurs morales ou religieuses qui ne sont pas forcément les siennes, est un élément fondamental de la reconstruction de la dignité des personnes Trans ; le respect de leur dignité ne peut se construire sans le respect de la dignité des autres.

²⁴⁹ KANT E., 1788, *Critique de la raison pratique*, « examen critique de l'analytique de la raison pure pratique », trad. PICAUVET F., éd. PUF, 1966, pp. 101 à 104, in *La Liberté*, GF Flammarion, Paris, 1999

²⁵⁰ FREUD S., 1909, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, petite bibliothèque Payot, Paris, 1977, pp. 31-45

5 Conclusion de la discussion

Le transsexualisme interroge, par ses multiples aspects, la notion de dignité ; dignité de la personne, dignité humaine. De notre propre vision de la personne et de son identité même, au-delà des normes de représentation auxquelles nous sommes soumis.

La demande de modifications corporelles qui apparaissent comme des mutilations nous oblige à nous interroger sur le respect de l'intégrité du corps humain et savoir s'il s'agit ou non de « pathologiser » une telle demande afin de pouvoir y répondre.

La personne souffrante n'est pas systématiquement pathologique néanmoins soulager une souffrance relève du devoir du médecin. L'évaluation de cette souffrance ne peut se faire que par la construction de protocoles, à condition de respecter la personne dans sa dignité. Ce respect ne peut s'établir sans une compréhension du vécu de la personne Trans, vécu qu'elle raconte par rapport à sa conviction d'appartenir au genre opposé à son sexe de naissance, mais aussi vécu de son quotidien, notamment pendant le parcours de transformation.

La place et le rôle du psychiatre, s'ils ne doivent pas être supprimés, doivent certainement être redéterminés. Le statut du psychiatre comme « expert » de la validation de la personne Trans est une question capitale quant au regard qui est porté sur le transsexualisme.

Doit-on continuer de considérer son rôle comme nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, donc d'un diagnostic psychiatrique, impliquant la recherche d'une vérité par des moyens d'investigations vécus comme humiliants ou dégradants par la personne tel le « Real life test » (test en vie réelle) demandé comme préalable à toute prise en charge médicale par certaines équipes hospitalières ?

N'est-il pas préférable de réfléchir en tant que professionnels de santé sur ce que nous souhaitons obtenir dans cette recherche, et que parfois pour nous rassurer nous-mêmes face à l'incompréhensible nous souhaitons faire rentrer à tout prix dans des modèles qui nous sont familiers, des personnes qui ne peuvent pas correspondre à ces critères.

« Dans la recherche de la vérité la torture est toujours injustifiable, ce qui illustre que la découverte de la vérité est toujours surpassée par la valeur " respect de la personne " ²⁵¹ ».

C. Mormont propose que ce constat amène à nous interroger sur le point où nous situons la limite de l'acceptable sur le continuum de la maltraitance.

²⁵¹ MORMONT C., Recherche de la vérité et respect de la personne : des valeurs en conflit, in *Visions éthiques de la personne*, HERVE C., THOMASMA D., WEISSTUB D., éd. L'Harmattan, Paris, 2001, p. 144

Une réflexion sur cette limite paraît nécessaire dans la prise en charge médicale des personnes Trans et ne peut se faire que par la discussion entre professionnels et l'argumentation telle que la conçoit Jürgen Habermas²⁵².

Par ailleurs le soutien psychologique de la personne pendant son parcours doit être indépendant de toute « expertise » afin qu'elle puisse exprimer librement ses doutes, ses peurs et ses difficultés sans craindre une remise en question de ce qu'elle est.

Il est important que les actes médicaux proposés, et la façon de les accorder, s'appuient sur le respect de la parole de la personne et le respect de ses vulnérabilités.

Ainsi chaque professionnel de santé sollicité par la personne Trans lors de son parcours doit non seulement avoir une connaissance profonde du parcours de chaque personne, mais aussi une vision globale de l'articulation des actes médicaux.

L'articulation du « cure » et du « care » prend ici tout son sens. L'un ne peut se concevoir sans l'autre au risque de perdre de vue le bien-être de la personne c'est-à-dire, dans le cas du transsexualisme, une insertion sociale la meilleure possible.

L'articulation du juridique et du médical dans la reconstruction de l'identité de la personne doit se faire au plus près des besoins de la personne et ces besoins sont variables selon l'évolution de chacune d'elles.

Il doit y avoir une coordination entre le moment où la personne Trans se sent prête à vivre pleinement dans son genre et la possibilité pour elle de l'afficher juridiquement.

Cette coordination n'est pas simple à réaliser. D'une part elle dépend de la personne elle-même c'est-à-dire du moment où elle se sent prête, d'autre part il s'agit d'un processus coûteux, enfin il demande un certain temps, surtout lorsque le tribunal demande des expertises.

Les personnes se trouvent confrontées par la lenteur des actes qui leur sont proposés, qu'ils soient médicaux ou juridiques, à une mise en péril de leur dignité.

À ce jour, Mme Najat Vallaud-bellkacem, ministre du droit des femmes a été missionnée par le Premier ministre, dans le cadre de la mise en œuvre des engagements pris pendant la campagne présidentielle, pour lutter contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre²⁵³ pour conduire une réflexion menant à des lois portant, entre autres, sur la facilitation de la modification de l'état civil des personnes Trans.

²⁵² HABERMAS J., 2003, *L'éthique de la discussion et la question de la Vérité*, éd. Grasset, Paris

²⁵³ Mission contre les discriminations et les violences homophobes lesbophobes et transphobes, Lettre de mission 4 septembre 2012, accessible sur : femmes.gouv.fr/category/prevention/ date d'accès : 01/11/2012

Souhaitons que cette réflexion amène à une réorganisation du parcours de transformation des personnes Trans dans le respect de leur dignité.

CONCLUSION

Au terme de cette étude il apparaît que le transsexualisme interroge fortement la question de la dignité dans ses deux axes : dignité de la personne et dignité humaine.

Tout d'abord il pose la question de la médicalisation d'une souffrance sociale.

Les entretiens que nous avons réalisés auprès des personnes Trans font état d'une souffrance. Souffrance de ne pas être reconnu dans le genre ressenti, souvent dès le plus jeune âge, qui amène à une demande de modification corporelle, et souffrance vis-à-vis de l'accueil médical tel qu'il est proposé.

Au cours du temps, les nosologies établies ont amené une vision du transsexualisme qui relevait premièrement d'une perversion, puis la création nosographique d'une pathologie psychiatrique. Pathologie qui a certes permis la prise en charge médico-chirurgicale des personnes Trans mais qui a aussi créé une stigmatisation des personnes en les enfermant dans le domaine du pathologique, hors normes. Si la grande majorité des personnes Trans refusent la psychiatisation de leur état, la question de la médicalisation de cet état doit aussi être posée.

Les notions de santé et de bien-être sont devenues centrales et définies par l'Organisation Mondiale de la Santé dans ces termes : « *La santé est un état de complet bien-être physique mental et social, dont la possession devrait faire partie de l'héritage légitime de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale*²⁵⁴ ».

Les évolutions sociétales, anthropologiques et médicales demandent une réflexion de tout premier plan qui seule peut laisser émerger les déterminants qui risqueraient de stigmatiser les personnes vulnérables. Ce n'est qu'avec une telle recherche éthique que les avancées de la science peuvent être débutées dès lors que les chercheurs se donnent les possibilités d'une recherche sur les limites des traitements, les acceptabilités individuelles et professionnelles, et les appropriations collectives du domaine des lois, notamment dites de bioéthique.

Ces recherches doivent être multidisciplinaires et leurs résultats alimenter un débat public basé sur la raison et la compréhension pour rester dans une société humaine ouverte à tous les êtres qui la composent. Les différents protocoles de prise en charge des personnes Trans doivent être renégociés et inclure au plus près les besoins de la personne.

Démédicaliser le transsexualisme serait une possibilité. Elle n'exclut pas la prise en charge médicale des personnes qui souhaitent modifier leur physique afin de le mettre en conformité

²⁵⁴ Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°2, Débats et actes finaux de la conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946 p. 16, who.int/archives/fr/, date d'accès : 13/01/2013

avec leur identité de genre ressentie. Une prise en charge dans les mêmes termes que celle de l'avortement par exemple, où l'avortement est pratiqué à la demande de la mère bien que la grossesse ne soit pas considérée comme une pathologie, pourrait être envisagée. Ainsi le débat dépasse le domaine médical pour se situer dans ceux du social et du politique. Un premier pas a déjà été fait en France en sortant le trouble de l'identité de genre des maladies psychiatriques ; il serait possible de concevoir alors un accueil différent de la demande de soins des personnes Trans, qui ne passerait pas systématiquement en premier lieu par le psychiatre, mais par d'autres professionnels de santé ayant une expérience dans le domaine du transsexualisme, voire même des personnes n'appartenant pas au monde médical. Ceci n'exclue en rien une décision collégiale quant à l'intervention de réassignation sexuelle, ainsi que le précise Jean Paul Méningaud après son enquête menée auprès de 10 chirurgiens français prenant en charge des personnes Trans²⁵⁵.

Réfléchir sur la démedicalisation amènerait sans doute à reconsidérer la personne Trans, à renforcer sa dignité et à diminuer sa vulnérabilité. C'est par une éthique de la discussion dans l'objectif de Jürgen Habermas que peuvent se valider des déterminants sans que ces choix ne soient pollués par des convictions, des idéologies ou des stratégies de manipulation. Ainsi se pose comme impératif l'argumentation dans la discussion : « *Au lieu d'imposer à tous les autres une maxime dont je veux qu'elle soit une loi universelle, je dois soumettre ma maxime à tous les autres afin d'examiner par la discussion sa prétention à l'universalité*²⁵⁶ ».

Par ailleurs les recherches génétiques quant à d'éventuels marqueurs du transsexualisme sont en train de débiter^{257 258}. Bien qu'actuellement les résultats ne soient pas significatifs l'évolution de ces études nous force à la réflexion sur le regard porté à la personne Trans en tant qu'Autre à la fois semblable et différent, et les modalités de son inclusion dans la recherche médicale et les traitements proposés. Il s'agit d'une recherche liée aux comportements humains, ce qui induit une composante psychologique et la prise en compte de la place de l'environnement dans la genèse des comportements. Comme le précise le Comité consultatif d'éthique dans son avis 95²⁵⁹, une grille de lecture unidimensionnelle constituerait une « Mal-mesure de l'homme²⁶⁰ ».

²⁵⁵ MENINGAUD J.P., *Questions éthiques posées par la demande chirurgicale de redétermination de sexe*, in Visions éthiques de la personne, éd de L'Harmattan Paris 2001 pp. 175-192

²⁵⁶ HABERMAS J., 1991, *Morale et communication*, éd. Cerf, Paris, p. 88-89

²⁵⁷ BENTZ E.K. *et al.*, A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. *Fertil Steril* **90**, 56, Jul, 2008

²⁵⁸ BENTZ E.K. *et al.*, A common polymorphism of the SRD5A2 gene and transsexualism. *Reprod Sci* **14**, 705, Oct, 2007

²⁵⁹ CCNE, avis 95, Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant

²⁶⁰ JAY GOULD S., 1981, *La Mal-mesure de l'homme*, éd. Le livre de Poche, 1997

Si des résultats sont obtenus dans le domaine de la recherche génétique sur le comportement transsexuel leur utilisation doit être débattue.

En raison des positions des différentes associations d'auto-support concernant le transsexualisme et de la non-consensualité autour du terme même de « transsexuel », la publication des résultats obtenus demande une attention qui dépasse le respect de l'intimité et de la dignité de la personne.

Il est important de veiller à ce que les termes utilisés ne puissent être repris à des fins militantes par certaines associations, ce qui risquerait d'augmenter la polémique déjà existante face aux équipes médicales françaises et par là ralentir l'évolution de la prise en charge médicale des personnes transsexuelles ; ceci ne ferait qu'augmenter leur souffrance. Une charte éthique de la communication ainsi que la propose J-C Ameisem dans le projet de réponse du Comité d'éthique de l'Inserm à une saisine de la Direction de la recherche clinique et thérapeutique de l'Inserm et de l'ARAPI (Association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations)²⁶¹, devrait être envisagée.

Actuellement les médecins ne prennent en charge dans ce type de trouble que les patients qui viennent consulter. Une autre part de la population, qui elle ne se plaint pas, revendique des droits supplémentaires sous forme d'égalité devant une société qui pose encore mal l'identité de genre. Il s'agit d'une posture politique et non plus médicale que développent les théoriciens du genre telle Judith Butler notamment dans son ouvrage *Trouble dans le genre*, Judith Butler abordera d'ailleurs, au-delà du transsexualisme, les questions de vulnérabilité face aux normes et la question de la reconnaissance « *qui oscille entre vulnérabilité (fragilité aux normes, précarité politiquement induite et blessabilité d'un sujet en attente d'une vie vivable) et performativité, émergence d'une capacité d'agir pour les sujets du genre humain, laquelle découle le plus souvent des groupes humains eux-mêmes tels qu'ils se structurent pour ex-sister aux frontières des normes, dans leur épaisseur même, mais pas nécessairement hors d'elles*²⁶² ».

Enfin, les transformations médico-chirurgicales pratiquées sur la personne Trans vont l'amener inmanquablement à la question de sa reconnaissance dans la société. Il s'agit ici d'une lutte pour la reconnaissance. Dans son ouvrage *Lutte pour la reconnaissance* Axel Honneth aborde les trois formes de reconnaissance que sont l'amour, le droit et l'estime sociale. Ainsi, si la relation d'amour comporte une « *dimension existentielle de lutte, dans la mesure où les partenaires ne peuvent maintenir l'équilibre intersubjectif entre la fusion et la*

²⁶¹ AMEISEN J-C., Avis concernant l'annonce de la commercialisation prochaine d'un test génétique de diagnostic précoce de l'autisme, [infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/.../\\$FILE/.../Avis.pdf](http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/.../$FILE/.../Avis.pdf),
Date d'accès : 24/12/2012

²⁶² BELLEBEAU B., BUTLER J., in ESPINEIRA K., THOMAS M-Y., ALESSANDRIN A., *La Transyclopédie*, Ed. des Ailes sur un tracteur, Paris, 2012, pp. 181-184

démarcation qu'en triomphant de résistances réciproques²⁶³ », les formes de reconnaissances du droit et de l'estime sociale « fournissent un cadre moral aux conflits sociaux, parce qu'elles dépendent dans le principe même de leur fonctionnement, de critères généraux concernant la société toute entière²⁶⁴ ». Dans cet objectif la question du transsexualisme dépasse les fins individuelles pour s'inscrire, par la relation juridique et la communauté de valeurs, comme un phénomène interrogeant les généralisations sociales.

Un questionnement doit être mené sur le sens donné aux prises en charge médicales proposées et leurs conséquences sur le bien-être des personnes Trans ; ce sens ne peut être uniquement celui des chercheurs et des médecins. De nouvelles propositions de soins médicaux doivent être évaluées afin qu'elles ne s'apparentent pas à un désir de « normalisation » contraire au respect fondamental de la diversité et de la dignité humaine tel qu'il est défini dans la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948.

²⁶³ HONNETH A., 1992, *Lutte pour la reconnaissance*, trad RUSCH P., éditions du Cerf, Paris, 2010, pp. 193-194

²⁶⁴ *ibid.*

BIBLIOGRAPHIE

- ACCARD J, BRETON J, *et al.*, *Problèmes médico-légaux et déontologiques de l'hermaphrodisme et du transsexualisme*, Médecine légale et dommages corporels, 3(2) 1970 Apr-Jun 123-159
- Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°2, Débats et actes finaux de la conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946 p 16, who.int/archives/fr/, date d'accès 13/01/2013
- ALBY JEAN-MARC (1956) thèse pour le doctorat en médecine : *Contribution à l'étude du transsexualisme*, Faculté de médecine de paris
- ALMODOVAR P,(2012) *La piel que habito*, (la peau que j'habite), film sorti en août 2011
- AMEISEN J.C., *Avis concernant l'annonce de la commercialisation prochaine d'un test génétique de diagnostic précoce de l'autisme*, infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/.../\$FILE/.../Avis.pdf, date d'accès : 24/02/2013
- American psychiatric association, (1994), *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IV, Critères diagnostic, (Washington DC, 1994), trad. fr : Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp. 250-252
- ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, III, 3
- ATQ, Aide au transsexuels et transsexuelles du Québec, *Histoire du Transsexualisme*, www.atq1980.org/a-propos/histoire-du-transsexualisme, date d'accès 01/12/2012
- BALLESTRA-PUECH S *L'araignée, le lézard et la belette : versions grecques du mythe d'Arachné*, *Rursus* [En ligne], 2 | 2007, mis en ligne le 04 mai 2007, <http://rursus.revues.org/97> date d'accès:16/12/2012
- BEAUCHAMP TL ET CHILDRESS JF, (1994). *Principles of Biomedical Ethics*, 4e édition. New York,
- BEAUVOIR de S,(1949) *Le deuxième sexe*, volume 2, , Folio essais Gallimard Paris 2003,
- BELLEBEAU B, « *Judith Butler* », in K.Espineira, M-Y Thomas, A. Alessandrin, *La Transcyclopédie*, des Ailes sur un tracteur, Paris 2012pp 181-184
- BENJAMIN H, *Transvestism and transsexualism*, International journal of Sexology, n°7 pp 12-14
- BENTZ E.K. *et al.*, *A common polymorphism of the SRD5A2 gene and transsexualism*. *Reprod Sci* **14**, 705 (Oct, 2007).

- BENTZ E.K. *et al.*, *A polymorphism of the CYP17 gene related to sex steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism*. *Fertil Steril* **90**, 56 (Jul, 2008).
- BERENI L CHAUVIN S, JAUNAIT A, REVILLARD A, *Introduction aux Gender Studies*, de Boeck Bruxelles 2008
- BERGOGLIO MT, GÓMEZ-BALAGUER M *et al.*, *Symptomatic meningioma induced by cross-sex hormone treatment in a male-to-female transsexual*, [Endocrinol Nutr](#). 2012 Sep 26. pii: S1575-0922(12)00233-1
- BERTOZ Alain, *La décision*, Odile Jacob, Paris 2003
- BONJOUR PIERRE, « *La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine* », à partir de l'ouvrage coordonné par Thomas De Koninck et Gilbert Laroche, *Reliance*, 2006/2 n° 20, p. 85-92.
- BONNIERBALE M, MAGAUD-VOULAND N, *128 cas de troubles de l'identité de genre : étude rétrospective*, (2005) *Rev.Europ.sexol ; Sexologies (XIV)*, 53 : P 39-49
- BOUBAKEUR D, *Quels fondements à la dignité de l'homme*, septembre 1999 www.mosquee-de-paris.org/Conf/Monde/III0116.pdf date d'accès : 17/02/2013
- BOURDIEU P, 1998 *La domination masculine*, Seuil, Paris, 2002
- Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés, Circulaire de la DACS n° CIV/07/10 du 14 mai 2010 relative aux demandes de changement de sexe à l'état civil NOR : JUSC1012994C, n° 2010-3, 31/05/2010, <http://www.textes.justice.gouv.fr>, date d'accès 06/01/2013
- BUTLER JUDITH, (2004), *Défaire le Genre*, Paris, Amsterdam 2006
- BUTLER JUDITH, (1990) *Trouble dans le genre*, La Découverte Paris 2006
- CANGUILHEM.G, (1965) *La connaissance de la vie*, Librairie philosophique J.Vrin, Paris, 2009
- CANGUILHEM.G, (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 2009
- CANGUILHEM.G, *Le normal et le pathologique, vingt ans après...* ch 3 un nouveau concept en pathologie : l'erreur, PUF, Paris, 2009
- Cass. 1^{ère} civ, 7 juin 1988, n° 86- 13698 10615 in *Les grandes décisions du droit médical*, François Vialla, Lextenso éditions Paris 2009 p 116
- Cass. 1^{ère} civ., 3 mars 1987, n° 84-15691 10615 in *Les grandes décisions du droit médical*, François Vialla, Lextenso éditions Paris 2009 p 115
- Cass. ass. Plèn., 11 décembre 1992, n° 91-11900 et 91-12373 10615 in *Les grandes décisions du droit médical*, François Vialla, Lextenso éditions Paris 2009 p 119
- Cass.civ., 16 décembre 1975, n°73-10615 in *Les grandes décisions du droit médical*, François Vialla, Lextenso éditions Paris 2009 p 114

- CASTEL P-H, *Chronologie et bibliographie représentative du transsexualisme et des pathologies de l'identité sexuelle de 1910 à 1998*, <http://pierrehenri.castel.free.fr/chronobiblioTS1.htm>, date d'accès 03/12/2012
- CASTEL P-H, *La métamorphose impensable*, Gallimard, Paris 2003
- CASTEL. P, *Le médecin son patient et ses pairs*, Revue française de sociologie, Juillet septembre 2005 vol 3 P 445-446
- CAULDWELL.D.O., «*Psychopathia Transsexualis* » in Sexology Tome XVI, p 274-280, N.Y., in *Le transsexualisme une manière d'être au monde*, PERETTI M.L.
- CCNE, avis 95, Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis095.pdf
- Comité des droits de l'homme, CCPR, Communication n° 854/1999, 26/12/2002 <http://www.unhchr.ch> date d'accès 30/12/2012
- CHARCOT J-M, MAGNAN V, *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles*, Frénésie éditions, Paris, 1987
- Charte des droits fondamentaux de l'union européenne, Journal officiel des Communautés européennes, 18/12/2000, <http://www.europarl.europa.eu> date d'accès 30/12/2012
- CHILAND C (1997), *Changer de sexe*, Odile jacob, Paris
- CHOISY F-T, de, *Mémoires pour servir à l'histoire de Louis XIV. Tome I [Texte imprimé] ; précédé des Aventures de l'abbé de Choisy déguisé en femme*, Paleo, Clermont-Ferrand, 2008
- Code civil, articles 16,16-1,16-3
- Code civil, De la rectification des actes d'état civil, article 100, <http://www.legifrance.gouv.fr> date d'accès 26/12/2012
- Code civil, Des déclarations de naissance, article 57, <http://www.legifrance.gouv.fr> date d'accès 26/12/2012
- Code de la santé publique [Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988](http://www.legifrance.gouv.fr) Article L209-9
- Code de la santé publique loi, no 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain <http://www.legifrance.gouv.fr> date d'accès 30/12/2012
- Code de la santé publique, Droits de la personne, article L1110-8 <http://www.legifrance.gouv.fr> date d'accès 19/03/2012
- Code de la santé publique, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé <http://www.legifrance.gouv.fr> date d'accès 30/12/2012
- Code de la santé publique, loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique <http://www.legifrance.gouv.fr> date d'accès 30/12/2012

- Code de la Sécurité sociale, [Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1](#)
- Conseil constitutionnel, Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic pré-natal <http://www.conseil-constitutionnel.fr> date d'accès 30/12/2012
- Conseil de l'Europe, Considérant 1 de la recommandation 1117 (1989) de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la condition des transsexuels.
- Conseil pontifical, « Justice et Paix », Compendium de la doctrine sociale de l'église, <http://www.vatican.va>
- COOLIDGE F.L., THEDE L.L., YOUNG S. E., *The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample*. Behav Genet 32, 251 (Jul, 2002).
- CORBIN A, COURTINE J-J, VIGARELLO G, *Histoire du corps, 3, Les mutations du regard, le XXe siècle*, Paris : Éd. du Seuil, 2006
- CORDIER B, CHILLAND.C, GALLARDA.T, *Le transsexualisme proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, Annales Médico-psychologiques, 2001, Vol 159, n°3, pp 190-195
- Cour de cassation, 1ère chambre civile, 7 juin 2012, n° 11-22490 et n° 10-26947 <http://www.courdecassation.fr> , date d'accès 06/01/2013
- David Reimer The boy who lived as a girl, CBC News on line 10 mai 2004, www.cbc.ca/news/background/reimer/ date d'accès 17 aout 2012
- DE CUYPERE G, VAN HM, MICHEL A, CARAEL B, HEYLENS G, RUBENS R, *et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium*. Eur Psychiatry 2007;22(3):137-41
- Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, (1789), <http://www.conseil-constitutionnel.fr> date d'accès 29/12/2012
- Déclaration universelle des droits de l'homme, <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>
- DESCLOUX P, ISOAR-NECTOUX S, MATOSO B, MATTHIEU-BBOURDEAU L, SCHNEIDER F, SCHWEIZER V, *Transsexualité : Accompagnement logopédique sur la « voix » de la transformation*, European revue of ENT, Avril 2012, p 41-44
- DHEJNE C., LICHTENSTEIN P., BOMAN M., JOHANSSON A., LÅNGSTRÖM M., LANDÉN M., *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*, www.plosone.org Published online 2011 February 22

- DIAMOND M, SIGMUNDSON HK, (1997), *Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications*. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine. 1997 Mar ; 151(3) : 298-304
- DOLAN X, (2012) *Laurence Anyway*, film sorti le 18 juillet 2012
- DORTIER J-F., *Nos cinq sexes*, Sciences humaines, mars 2012, n°235 pp 30-33
- Droit et éthique médicale, *Le transsexualisme, Actes de la réunion du 17 juin 1983*, Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale, vol 1, Masson, Paris 1984
- ESPINEIRA K, THOMAS M-Y, ALESSANDRIN A, *La Transyclopédie*, des Ailes sur un tracteur, Paris 2012
- ESQUIROL *Des maladies mentales* Baillière Paris in *Le transsexualisme une manière d'être au monde*, PERETTI M.L.
- FERENCZI S, 1932 « *Confusion de langue entre adulte et enfant* » in œuvres complètes paris payot 1982 t 4 p 127 in Françoise Sironi, *Psychologie des transsexuels et des transgenres*, Odile Jacob 2011
- FOERSTER M, *Elle ou Lui ? Une histoire des transsexuels en France*, La musardine, 2012, Paris
- FOUCAULT M, (1976) *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 2007
- FOUCAULT M. (1984), *Histoire de la sexualité*, vol III, *Le souci de soi*, Gallimard, Paris, 2006
- FOUCAULT.M, (1975) *Les anormaux*, cours du 22 janvier 1975, Seuil/Gallimard, Paris 1999
- FREEDMAN D, TASKER F et al, *Children and Adolescents with Transsexual Parents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: a brief report of key developmental features*, Clin Child Psychol Psychiatry 2002; 7; P 423-432
- FREUD S, (1909) *Cinq leçons sur la psychanalyse*, petite bibliothèque payot, Paris 1977
- FREUD S, *Cinq psychanalyses*, PUF, Paris, 2006
- FRIGNET H, *Le Transsexualisme*, Desclée de Browner Paris 2000
- G.R.E.T.I.S (Groupe de recherche et d'étude sur les troubles de l'identité sexuelle), *Notice d'information sur le transsexualisme*, post.op.trans.voila.net/gretis/g.r.e.t.i.s.htm, date d'accès 09/12/2012
- GHIGLIONE R, MATALON B, *Les enquêtes sociologiques, Théories et pratiques*, Armand Colin, 1978
- GIAMI A, *Singuliers Généralistes*, ch 8 « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité ». Presses de l'EHESP Rennes 2010 P 147-166

- GIAMI.A, BEAUBATIE.E, LE BAIL. J; *Caractérisitiques sociodémographiques, études sur le genre, parcours de transition médicopsychologique et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010* BEH42 nov 2011 p 433-437
- GILARDI F, *Métamorphose et identité : d'Ovide au transsexualisme*, Odin éditions, Nantes 2008
- GILLOTT S, WYLIE K, *The clinical value and cost effectiveness of using psychometric- rating scales in the assessment of patients with gender dysphoria*, *sexologies* 2008 volume 17 238-244
- GIRARD L, *La voix et les transsexuels*, *Revue de Psychanalyse et Clinique Médicale*, n°21 Le genre, 2007, p 201-210
- GORIN-LAZARD A., BONNIERBALE.M, *et al.*, *Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ?* *Sexologies* Vol 17-N°4- 2008 pp 225-237
- GREEN, R, *Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents*, *The American Journal of Psychiatry*, Vol 135(6), Jun 1978, 692-697
- GREEN. R, *Transsexuals Children*. *International Journal of Transgenderism*, Vol 2. 4, Dec 1998
- GRENIER M, « *Papa, t'es belle* » *Approche anthropologique des paternités transsexuelles*, Mémoire de Master II, Université de Provence Aix-Marseille I Département d'Anthropologie, septembre 2006
- Guidegypte, *Pharaon ou reine Hatchepsout*, www.guidegypte.com/pharaons/hatchepsout.php, date d'accès 01/12/2012
- GUYONNET C, *Sexe et Genre*, Encyclopédie universalis, www.universalis.fr, date d'accès 09/12/2012
- HABERMAS J., *L'éthique de la discussion et la question de la Vérité*, Grasset, Paris 2003
- HABERMAS, J, *Morale et communication*, Paris, Cerf, 1991, p 88-89, in *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, S Rameix, Ellipse, Paris, 1996
- HALDE, (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité), *Homophobie dans l'entreprise*, La documentation française, Paris 2008, p 16 <http://halde.defenseurdesdroits.fr> date d'accès 25/02/2013
- HALL E T (1966), *La dimension cachée*, Seuil, Paris, 1971
- HAMBURGER Christian, STÜRUP Georg, DAHL-IVESEN Erling, *Transvestism : hormonal psychiatric and surgical treatment*, *journal of the American Medical Association*, 1952 n°5 pp 391-396

- HAS *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France* novembre 2009 p 21 www.has-sante.fr date d'accès 25/02/2013
- HERITIER F, *La différence des sexes*, Bayard, Paris, 2010
- HERVE C, JEAN M.S.,MOLINARI P.A., GRIMAUD M-A.,LAFORET E., *Généticisation et responsabilités*, Dalloz, Paris, 2008 pp 9-19
- HERVE C, THOMASMA D, WEISSTUB D, *Visions éthiques de la personne*, éditions de L'Harmattan, Paris, 2001
- HONNETH A.,(1992) *Lutte pour la reconnaissance*, trad P.Rusch, éditions du cerf, Paris 2010
- HOTTOIS G, *Dignité et diversité des hommes*, librairie philosophique J.VRIN Paris 2009
- HOTTOIS G, *Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction*, Laval théologique et philosophique, vol. 52, n° 2, 1996, p. 489-498. <http://id.erudit.org/iderudit/401006ar> . Date d'accès 26/07/2012
- IGAS, *Evaluation des conditions de prises en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme*, RM2011-197P, pp23-26 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> date d'accès 26/12/2012
- Intersex Society of North America, *Who was David Reimer*, www.isna.org/faq/reimer, date d'accès :17 aout 2012
- JAY GOULD S.(1981), *La Mal-mesure de l'homme* Odile Jacob Paris 2009
- KAFKA F,(1915), *La métamorphose*, trad Claude David, Folio, Paris 2000
- KANT E., (1785) *Métaphysique des mœurs I, Fondation Introduction*, GF-Flammarion, Paris 1994
- KANT E., (1788) *Critique de la raison pratique*, « Examen critique de l'analytique de la raison pure pratique » trad. F. Picavet, PUF, 1966, pp. 101-104, in *La Liberté*, GF Flammarion Paris 1999
- KAUFMANN, J.C, *L'invention de soi*, Armand Colin, Paris, 2004
- *L'accompagnement des personnes transidentitaires à l'amicale du nid*, p.21, Rapports, accesalemploi.org date d'accès 02/12/2012
- LA BIBLE , Ancien testament, Le Pentateuque – Genèse 1
- LACAN Jacques - *Le Séminaire Livre III (Les Psychoses)* Ed. du SEUIL PARIS 1981
- LE HUCHE F, ALLALI A, *La Voix, tome 1*, 4eme édition, Collection phoniatrie, Elsevir Masson, 2010
- Le Monde.fr, *La justice valide la nouvelle identité de Chloé, transsexuelle mariée*, 16/10/12 www.lemonde.fr. date d'accès 29/10/2012

- Le Point.fr, *L'orientation sexuelle provoque une polémique avec l'enseignement catholique*, publié le 09/07/2011, www.lepoint.fr/ date d'accès 16/08/2012
- LES CAHIERS DE LA TRANSIDENTITE, septembre 2012 www.abcf.fr/Documents/Cahiers-1-2012 date d'accès 02/12/2012
- LEVINAS. E, (1982) *Ethique et infini*, Livre de Poche, Paris 1982, in *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, RAMEIX S, Ellipse Paris 1996 p 132
- LEVINAS.E,(1953) *Liberté et commandement*, Livre de Poche, Paris, 2008
- Libération, *Wilfried devient Chloé transsexuelle mariée*, 16/0/2012 www.libération.fr date d'accès 29/10/2012
- MAALOUF A., *Les identités meurtrières*, Le livre de poche, Grasset & Fasquelle 1998
- MARKOVA I, ORFALI B, *Bulletin de psychologie*, t 57, n°471, mai-juin 2004
- MARZANO, M « *De l'ambiguïté sexuelle. Réflexions philosophiques* », *Les assises du corps transformé, Regards croisés sur le genre*, Les études hospitalières, Bordeaux 2010, p 155
- MENINGAUD J.P., *Questions éthiques posées par la demande chirurgicale de redétermination de sexe*, in *Visions éthiques de la personne*, éd de L'Harmattan Paris 2001 pp. 175-192
- MERCADER.P, *L'illusion transsexuelle*, L'Harmattan, Paris 1994
- Mission contre les discriminations et les violences homophobes lesbophobes et transphobes, Lettre de mission 4 septembre 2012, accessible sur : femmes.gouv.fr/category/prevention/ date d'accès : 01/11/2012
- MOLEY-MASSOL,I, *Relation médecin-malade, Enjeux, pièges et opportunités*, DaTeBe 2007
- MONEY John, EHRARDT Anke, *Man and Woman Boys and Girls*, John Hopkins University Press, 1972
- MONTFORT S., « *Etat civil et population Trans, Droits bafoués et violation de la vie privée* », *Livre Blanc*, ligue-de-defense-des-trans-europe.overblog.com, date d'accès 5/01/2013
- MORIN E, (2004) *La méthode*, v 6, *Ethique* Paris Seuil 2006
- MORMONT C., *Recherche de la vérité et respect de la personne : des valeurs en conflit*, in *Visions éthiques de la personne* HERVE C., THOMASMA D., WEISSTUB D., L'Harmattan Paris 2001 p144
- MOTTEVILLE F de , *Mémoires, Collection des mémoires relatifs à l'histoire de France*, Paris, Foucault, 1824, t. IV, p. 390-391.

- NEGURA L, « *L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales* », Sociologies [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 16 mars 2013. URL : <http://sociologies.revues.org/993>
- NICOT S., *En finir avec la transphobie*, Le Monde, édition du 06.07.11
- OAKLEY Ann, *Sex Gender and Society*, Harper Colophon, New York, 1972
- Observatoire des transidentités, Réponse à la SOFECT, <http://www.observatoire-des-transidentites.com>, date d'accès 09/12/2012
- OVIDE, *Métamorphoses, Livre III*
- PERETTI M-L, *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*, L'Harmattan, Paris 2009
- PIC DE LA MIRANDOLE G (1486) *De la dignité de l'homme* , trad Y Hersant, éditions de l'éclat, Paris 2008
- PLATON, *La république, Livre VII*, traduction et notes par R.Baccou, Flammarion 1966
- POPPENS F (1736) *Mémoires de Madame la comtesse des Barres, à madame la marquise de Lambert*, [Bruxelles](#), 1736 ; réédité en 2008
- POTTIEZ S, FROHWIRTH C, BRETON J, *Le transsexualisme étude nosographique et médico-légale : rapport de médecine légale* (1985) Paris Masson P 41-45
- PRECIADO B, *Testo Junkie*, Grasset, Paris 2008,
- PUJEOLLE K , « *Depuis qu'il est Olivia elle n'a plus d'emploi* » L'Orne Hebdo, 4 décembre 2012
- RAMEIX, S *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Ellipses, Paris 1996,
- [REMACLE M](#), [MATAR N](#), [MORSOMME D](#), [VEDUYCKT I](#), [LAWSON G](#), *Glottoplasty for male-to-female transsexualism: voice results. Journal of voice* .Janvier 2011 volume 25, p120-123
- RES.P.E.C.Trans RESeau de Prise En Charge des personnes Trans. <http://www.respectrans.fr/> date d'accès 09/12/2012
- REUCHER T, « *Quand les trans deviennent experts* » *Le devenir trans de l'expertise*, Multitudes, 2005/1 no 20, p. 159-164.
- RICOEUR P, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris 1990
- RICOEUR, P, *Le dialogue des cultures, la confrontation des héritages culturels*, Publié dans : Aux sources de la culture française D. Lecourt et al. La Découverte, Paris, 1997 P 97-105 accessible sur : [www.fondsriceur.fr/photo/confrontation\(2\).pdf](http://www.fondsriceur.fr/photo/confrontation(2).pdf) date d'accès : 28/10/2012
- ROYER Sophie,(2011) *Evolution juridique du transsexualisme*, mémoire de Master2 en Droit de la Santé, Université Paris 8
- SAEZ J. *Théorie queer et psychanalyse*, EPEL, Paris, 2005

- Sécurité sociale : la circulaire ministérielle de 1989 syndromedebenjamin.free.fr date d'accès 26/12/2012
- SERRANO J 2007, *Whipping girl a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*, Seal edition in La Transyclopédie K.Espineira, M-Y Thomas, A. Alessandrin
- SESE-LEGER Sylvie, *Transsexualisme*, Encyclopédie Universalis, <http://www.universalis.fr>
- SIRONI F (2005) , *La métamorphose humaine, approche ethnopsychiatrique de la transsexualité*, association Genevoise pour l'ethnopsychiatrie 28/01/2005, p.5 360.ch/trans/files/2010/01/Sironi-2005-entier.pdf date d'accès 8/08 /2012
- SIRONI F, *Psychologie des transsexuels et des transgenres* Paris Odile Jacob 2011
- SoFECT, Société française d'études prise en charge du transsexualisme, *Charte de la SoFECT*, www.sofect.org date d'accès : 24/03/2012
- SOPHOCLE, *Antigone*
- SPRINGER Alfred *Psychopathia sexualis*, livre de Richard von Krafft-Ebing, Encyclopédie Universalis, www.universalis.fr , date d'accès 02/12/2012
- STOLLER R J (1968) *Recherche sur l'identité sexuelle*, Paris, Gallimard 1978,
- STOLLER Robert, (1985), *Masculin ou Féminin ?* le fil rouge PUF Paris 1989 Texte original : Présentations of Gender
- STOLLER R, *Recherches sur l'identité de genre à partir du transsexualisme*, Paris Gallimard 1978
- TF1, *C'est quoi l'amour ? Transsexuels : quelle vie après le changement de sexe ?* émission diffusée le 25/02/2011
- The yogyakarta principles www.yogyakartaprinciples.org
- THIAM A, MOUTEL G, *La question du transsexualisme*, Etudes et synthèses 2001, <http://www.ethique.inserm.fr> date d'accès 26/12/2012
- VASSE D, (1974), *L'ombilic et la voix*, Seuil, Paris 1974
- VASSE D, (2001) *La vie et les vivants*, Seuil, Paris, 2001
- VIALLA F, *Les grandes décisions du droit médical*, Lextenso éditions Paris 2009
- WEININGER O (1903) *Geschlecht und Charakter: Eine prinzipielle Untersuchung*, (*Sexe et caractère*) traduit par [Daniel Renaud](#), [L'Âge d'Homme](#), 1975. Réédité par [Kontre Kulture](#), 2012
- WHITE, T, ETTNER, R, *Adaptation and adjustment among children of transsexuals*, *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol 16 : 215-221, Juin 2007
- WILKINSON, R, *L'égalité c'est la santé*, Desmopolis Paris 2010 p 157-159

Dictionnaires et Encyclopédies :

- Le Petit Larousse illustré 2012
- Le Robert illustré 2012
- Encyclopédie Universalis en ligne, <http://www.universalis.fr/>