

# De patient à chercheur : parcours d'empowerment autour de la transidentité\*

Marie de la Chenelière

Praticienne de la psychothérapie centrée sur la personne

**Résumé.** Je suis une femme trans de 67 ans, j'occupe ma retraite en soutenant des personnes en transition en tant que thérapeute certifiée et je participe à des travaux de recherche. Cet article est pour moi une gageure. Comment parler d'un sujet concernant la minorité à laquelle j'appartiens, pourtant très investie par les « spécialistes » de la transidentité ? Je choisis dès à présent mon camp et je vais écrire mon cheminement qui est celui d'une personne trans qui a évolué dans un paysage psychiatrique lui-même en évolution au sujet de la transidentité. Ma participation à l'étude terrain sur « le diagnostic d'incongruence de genre » menée dans le cadre de la révision de CIM 10 en CIM 11 par le CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale en France), me permet de poser le regard d'une « citoyenne-patiente » sur le chemin parcouru et celui qui reste à faire.

**Mots clés :** autonomisation, transsexualisme, stigmatisation, accompagnement, psychiatrie, norme sociale, identité, pair aidant

**Abstract. From patient to researcher: personal empowerment journey related to transidentity.** I am a 67 year old transsexual woman and in retirement. I am supporting people in transition as a certified therapist and I am involved in research. This article is a challenge for me. How can I talk about a subject concerning the minority to which I belong, although this subject has been very deeply explored by the "specialists" of transidentity? I am now choosing my side and I will write about my experience as a transidentity person who has evolved in a psychiatric landscape that is itself evolving concerning transidentity. My participation in the field study on "the diagnosis of gender incongruence" conducted as part of the revision of ICD 10 to ICD 11 by the WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health in France (CCOMS), has permitted me to adopt a "citizen-patient" perspective on the progress that has been made and the progress that remains to be made.

**Key words:** empowerment, transsexualism, stigmatization, accompaniment, psychiatry, social norm, identity, peer support

**Resumen. De paciente a investigador: trayectoria de empowerment en torno a la transidentidad.** Soy una mujer de 67 años, ocupo mi jubilación apoyando a personas en transición en tanto que terapeuta certificada y participo en labores de investigación. Este artículo es para mí todo un reto. ¿Cómo hablar de un tema que concierne a la minoría a la cual pertenezco y sin embargo casi copada por los "especialistas" de la transidentidad ? Escojo desde ahora mi campo y voy a escribir mi caminar que es de una persona trans que ha evolucionado en un paisaje psiquiátrico en plena evolución él también respecto a la transidentidad. Mi participación en el estudio de terreno sobre « el diagnóstico de incongruencia de género » llevada en el marco de la revisión de la CIM 10 a la CIM 11 por el CCOMS (Centro colaborador de la OMS para la investigación y la formación en salud mental en Francia), me autoriza esta mirada de una « ciudadana-paciente » en el camino recorrido y el que queda por recorrer.

**Palabras claves:** autonomización, transexualismo, estigmatización, acompañamiento, psiquiatría, norma social, identidad, ayuda entre pares

## La difficulté d'être soi-même

Devenir soi-même est l'affaire de chacun d'entre nous et chacun sait qu'il lui faut ou qu'il lui a fallu dériver

\* Cet article est tiré de la communication présentée aux 5<sup>es</sup> Rencontres internationales du CCOMS.

**Correspondance :** M. de la Chenelière  
<marie.delacheneliere@gmail.com>

à partir du cocon protecteur de l'enfance pour devenir un membre reconnu de notre société. Cette question n'épargne personne et comprend la question du genre.

Pour certains enfants, les incursions dans un autre genre peuvent relever d'une exploration sans lendemain, mais pour d'autres, elles peuvent relever d'un ressenti qui va en s'affirmant au fil du temps. Il n'y a pas d'accès direct au ressenti de l'autre, on ne connaît que ce qu'il nous en dit.

Pour la majeure partie d'entre nous, la question du genre prend vraiment de l'importance à l'adolescence

quand se développe le fort désir d'être reconnue comme une personne dans le genre qui nous a été assigné à la naissance. Pour les personnes transidentitaires, cette question se pose souvent avant l'adolescence par les renvois qui leur sont faits. Le jeune enfant trans<sup>1</sup> ne sait pas qu'il est trans, « il est » juste présent dans l'espace et le temps. C'est sa façon authentique d'« être-dans-le-monde-avec-autres » au sens où l'entend Heidegger. Ce sont les autres qui vont lui faire comprendre qu'il est porteur d'une différence identitaire qualifiée de trans.

Personnellement, je me souviens de m'être mariée à l'école primaire et d'avoir joué le rôle de la mariée. Ma petite camarade jouait le rôle du marié. Nous avons échangé nos vêtements et je m'étais mis de la craie rouge sur les lèvres. À l'entrée dans « l'église », l'institutrice est intervenue. Quand la maman de ma camarade est venue la chercher, j'ai bien compris qu'il y avait un problème. L'institutrice et la maman de la petite fille parlaient à voix basse en me regardant de temps à autre. Je n'ai pas oublié leurs regards. Ma petite camarade me regardait d'un air triste : nous n'avions fait que jouer...

Comme enfant trans, j'ai mis du temps à comprendre ce qui n'allait pas, parce que je n'y voyais pas de mal. J'ai juste compris que c'est quelque chose qui devait être caché si je ne voulais pas me mettre en danger et conserver l'amour et la protection de mes proches et des personnes qui s'occupaient de moi. À la maison, cela ne posait pas de problème parce que ma mère me laissait me travestir avec ses vêtements et je me souviens des problèmes que j'avais avec ses soutiens-gorge, car mon tour de poitrine était trop petit et les bonnets dépassaient de chaque côté.

Avec le temps j'ai intégré à l'école la brutalité et le rejet de mes camarades et dans le reste de ma famille toutes les attitudes négatives vis-à-vis de ma différence. C'est ainsi que s'est créé mon propre ennemi intérieur que j'appelle le « gardien du "placard" » où je me suis enfermée. Les personnes « cis »<sup>2</sup> (c'est ainsi que nous appelons les non-trans) n'ont presque jamais conscience de cette situation qu'elles contribuent à créer. Plus tard, quand l'évidence ne peut plus être niée, elles demandent candidement « Pourquoi n'en as-tu jamais parlé » et conseillent le recours à la religion ou la psychiatrie qui

ont également contribué à la stigmatisation des personnes trans.

Les personnes élevées dans des valeurs condamnant implicitement ou explicitement la transidentité finissent par intérioriser ces condamnations et doivent les déconstruire pour vivre en paix avec elles-mêmes. La transphobie intériorisée est souvent à l'origine d'un sentiment de honte. Ce travail de déconstruction est, nous le verrons, peu envisageable dans les courants thérapeutiques normalisateurs.

J'ai donc vécu une grande partie de ma vie de façon clivée entre me conformer aux injonctions de mon ennemi intérieur dans la vie « normale » et un espace « caché » où je n'ai jamais totalement cessé d'exister.

Cette difficulté à être soi dès l'enfance est la première souffrance et la première difficulté que j'ai rencontrées. Il est fondamental de constater qu'elle n'a pas son origine dans le fait d'être une personne trans, mais dans les renvois qui m'ont été faits.

## La psychiatrie et la psychanalyse

« ... La moralité publique a fait des progrès à mesure que la civilisation s'est développée, et que le christianisme a été un des moyens les plus puissants pour amener la société sur la voie des bonnes mœurs » [1].

À la fin de mon adolescence, j'ai compris que je ne deviendrais pas un homme, car je ne m'en sentais pas un, j'ai compris aussi que mon corps m'avait trahie et que je ne deviendrais jamais une femme. Je connaissais les codes masculins, mais je n'étais pas à l'aise parmi les hommes, les femmes quant à elles me renvoyaient une image d'homme viril. J'ai fait une tentative de suicide. Nous étions en 1970 et les psychiatres nous considéraient comme des malades mentaux. Le discours analytique faisait corps avec celui de l'Église (à l'époque avec Marc Oraison, comme il continue de nos jours avec le sulfureux psychanalyste Tony Anatrella). Lacan nous a laissé un monument de transphobie [2]. Les lacaniens de l'époque s'en sont donné à cœur joie sur la « psychose » des personnes trans. Je croyais en la psychanalyse, j'avais la confirmation que j'étais « gravement malade » et que cela ne se soignait pas. Je n'ai compris que bien plus tard le côté malsain de cette attitude fort proche de celles des bourreaux d'écoles – la violence physique en moins, le jargon analytique en plus.

Deux films ont ouvert une brèche dans la toute-puissance psychiatrique, *Vol au-dessus d'un nid de coucou* de Milos Forman et *Family life* de Ken Loach. J'adorais l'émission *Le masque et la plume* animée par Jean-Louis Bory, homosexuel notoire qui avait eu le courage de s'assumer. Mais je ne me sentais pas encore la force de le faire dans une culture où la loi naturelle de Dieu et le symbolisme analytique régnaient en maître.

Dans les années 80, la psychiatrie inquiétée par l'effet iatrogène des premières transitions s'est efforcée de

<sup>1</sup> L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié le 18 juin sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). Elle comporte un nouveau chapitre consacré à la santé sexuelle, qui recouvre désormais « l'incongruence de genre », classée jusqu'alors avec les troubles mentaux. Cette classification est moins stigmatisante, ce qui va dans le sens de la demande de révision effectuée par le CCOMS. La CIM-11 sera présentée à l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2019, pour adoption par les États membres, et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. La classification publiée est un aperçu préalable qui aidera les pays à planifier leur utilisation de la nouvelle version, à en établir des traductions et à former les professionnels de la santé.

<sup>2</sup> Le mot latin *trans* signifie « de l'autre côté » et est l'antonyme de *cis*, qui signifie « du même côté ».

séparer les vrais transsexuels et des faux transsexuels produisant ce que Karine Espineira appellera un bouclier thérapeutique rendant la médecine seule à même de séparer le bon grain de l'ivraie...

« Eh bien justement, actuellement il n'y a rien de véritablement organisé pour les transsexuels qui sont un peu rejetés de la société, qui vivent dans la marginalité. Alors ce que nous voudrions pour ces vrais transsexuels, pour leur rendre les services qu'ils méritent, c'est créer des centres d'accueil d'identification sexuelle pour pouvoir faire le diagnostic entre eux et les autres faux transsexuels... » [3].

Imaginez l'effet que peuvent avoir de telles attitudes sur des personnes en recherche d'elles-mêmes qui sont pour la plupart aptes à comprendre ce que l'on écrit ou ce que l'on dit sur elles. Par ailleurs, même derrière le discours médical officiel de l'époque la stigmatisation des personnes transidentitaires reconnues comme « vraies » n'était jamais bien loin :

« Certes, ils ne seront, au bout de cette longue démarche, que des ersatz de femme ou d'homme, mais il semble que leurs conditions de vie post-traitement soient bien meilleures et leur permettent une intégration sociale correcte. Tout se passe comme si ces actes médicaux apportaient un "passeport d'adaptation", un "sésame social", une identité enfin conforme » [4].

À peu près tout ce qui a été écrit sur nous dans les années 70-90 ne peut qu'être ressenti comme humiliant, voir dégradant [5-7]. Les personnes soignantes « cis » (non-trans) étaient les seules aptes à discourir sur nous. Tout devait être tenté pour nous « normaliser » et la transition n'était accordée qu'aux cas désespérés.

Même si parfois la forme du discours est respectueuse, il est souvent révélateur de la projection de l'hétéronormativité du locuteur :

« Tu ne peux pas devenir un garçon, Lucie parce que tu es née, comme ta mère, dans un corps de fille. De même que ton frère est né, comme ton père dans un corps de garçon. Et ça on ne peut pas le changer. Parce que l'on ne peut pas revenir en arrière et renaître dans un corps différent. Cela fait partie des limites que la vie nous impose... On a donc le choix : continuer à réclamer ce que l'on n'a pas ou accepter de vivre avec ce que l'on a et qui n'est peut-être pas aussi nul qu'on le croit... » [8].

Or la personne trans se situe d'emblée en dehors du postulat de l'hétéronormativité et demande que son ressenti pour inhabituel qu'il soit puisse être accepté comme tel. Il est bien possible que l'interrogation de genre de cet enfant ne dure pas. Mais il est aussi possible qu'elle se révèle être homme transidentitaire plus tard. Dans ce dernier cas, le commentaire sur le « choix » pourra s'avérer particulièrement destructeur. Il est effrayant de penser à quel point des personnes « savantes » qui veulent notre bien nous ont fait du mal au nom de « leur » normalité.

Le plus surprenant a été de constater l'incroyable foisonnement de théories contradictoires pour expliquer la transidentité sans que l'on ait songé à donner la parole aux personnes trans elles-mêmes. La réaction est apparue que récemment et graduellement autour des années 2010 dans les médias. Nous sommes aujourd'hui dans une situation d'octroi. De nos jours les émissions ont bien commencé à s'ouvrir aux personnes trans, mais il faut toujours la caution d'un psychiatre ou d'un spécialiste pour parler de nous. Nous sommes en liberté surveillée et la question de nos droits commence seulement à faire jour.

Au cours de ma vie, en étant toujours la même personne, j'ai vu la transidentité rentrer dans la CIM 8 en 1965 et dans le DSM II en 1968. Depuis, le positionnement a changé 3 fois dans la CIM et 5 fois dans le DSM. Les définitions ont reflété des différences de conceptions : elles se sont parfois scindées et parfois regroupées. La dernière, cependant, qui déclassifie la transidentité, peine à trouver une définition satisfaisante. Ainsi j'ai été au début de ma vie une personne « saine », puis une déviante sexuelle, puis une malade mentale et j'ai bon espoir de redevenir une personne « saine » en 2019 si la CIM 11 est adoptée par les États membres de l'OMS. À quel moment la psychiatrie a-t-elle été dans le vrai ?

Petit à petit, je me suis interrogée sur la valeur de la psychopathologie. La psychopathologie de la personne transidentitaire a été élaborée pendant ces 50 dernières années en référence à l'hétéronormativité. Comme tous les diagnostics psychiatriques, les caractéristiques concernant les personnes transidentitaires sont caricaturales. Qui a envie de se voir dans une caricature forcément réductrice de l'être ? Jamais les professionnels qui nous jugent ne se demandent comment elles vivraient dans un monde où nous les décrivions. Pourtant *a minima* nous décrivons la plupart des soignants comme transphobes.

Je me suis détournée de la psychopathologie parce qu'elle dressait des tableaux figés là où je pressentais des processus de développement différents des schémas habituels. Et pour tout dire, je me trouvais moi-même trop imprégnée de cette culture normalisante.

## La légitimité

Dans ce contexte, il est bien difficile de se sentir légitime quand on est une personne transidentitaire. Il faut beaucoup de courage pour s'assumer. Voilà qui devrait interroger les professionnels de santé. Voilà qui devrait leur faire comprendre que si nous nous obstinons à vouloir vivre dans un autre genre ce n'est pas un choix, c'est vital. Pour beaucoup d'entre nous, c'est ça ou mourir.

La peur, la honte et la culpabilité sont les principaux mots du lexique des personnes qui vivent au placard. Vivre au placard détruit petit à petit toute image valeureuse qu'une personne peut avoir d'elle-même. J'ai eu l'impression d'être un imposteur, quelqu'un qui n'est pas

ce qu'il prétend être, j'ai oscillé entre anxiétés, dépression et suractivités.

Il faut comprendre que plus le temps passe et plus c'est impossible à « avouer », plus chaque membre de la famille va percevoir votre mal-être et vous affecter à ce rôle de porteur de mal-être. Et comme il n'en connaît pas la nature, il en fera ses propres interprétations. En disant qui vous êtes, vous n'avez pratiquement aucune chance d'être cru. Les personnes de ma génération ont souvent vécu des scénarios analogues. Par définition, il n'y a pas de bon moment pour faire son *coming out*, il n'en est que de moins mauvais.

Dans le cas des personnes transidentitaires, faire un *coming out* n'est pas une fin en soi. C'est le prérequis pour faire sa transition. C'est aussi le moment où l'on subit toutes les pressions pour renoncer. On se voit reprocher de ne penser qu'à soi, et d'être responsable des maux passés, présents et futurs de l'entourage. Suite au *coming out*, sous les renvois qui tombent en grêle, la personne trans prend brutalement conscience qu'elle est non seulement prisonnière d'une identité de genre assignée, mais aussi des rôles assignés par la société au sein de sa famille et du rôle que sa famille lui assigne en son sein.

L'apogée de cette crise culmine au début de la transition. C'est le moment de tous les dangers. Il est très pénible de se rendre compte que ce qui vous fait du bien fait du mal aux autres et en particulier à ceux auxquels vous êtes attachés. La tentation est grande de tout arrêter et/ou de supprimer le problème. Supprimer le problème c'est se suicider, toutes les personnes transidentitaires le savent.

Avec la transition, les liens familiaux se décomposent, mais cette décomposition peut être suivie d'une nouvelle donne. Qu'est-ce qui se joue de fondamental au sein de la famille si la personne trans s'assume ? Le deuil de la personne trans est un deuil symbolique ou plutôt une initiation. Il y a bien un deuil, mais sans perte du corps, la personne revient sous une autre apparence. Dans toutes les initiations dignes de ce nom, la personne meurt à quelque chose et naît à autre chose. Elle reste vivante, même si son corps est modifié et si son identité de genre change.

Les personnes transidentitaires savent expérimentalement que le genre et le sexe sont deux choses différentes. Elles sont rarement totalement adeptes des thèses essentialistes ou constructionnistes. Elles confirment seulement que leur identité de genre se situe ailleurs que dans le genre assigné à la naissance. Cette simple vérité est insupportable pour un grand nombre de personnes « cis ».

Beaucoup de parents, d'enfants ou de conjoints, préfèrent perdre la personne en transition que de continuer une relation avec elle. Elles commettent souvent un acte considéré comme irréparable empêchant à tout jamais de renouer des liens avec la personne trans qui avait certainement des défauts, mais qu'elles ont aussi pro-

bablement aimé. Dans l'espace communautaire trans, nous constatons souvent que nos familles sont de plus en plus libérales envers la transidentité, mais que dans notre cas nous sommes toujours des malades mentaux, avec des côtés pervers ou psychotiques. Les rancœurs familiales comme la psychiatrisation permettent alors de maintenir dans le présent l'identité de genre passée de la personne trans et de lui dénier son accès au genre désiré pour des motifs « légitimes ».

En tant que patiente, c'est là où j'ai mesuré le décalage entre mes espérances d'une psychiatrie à visage humain et la psychiatrie du quotidien avec son rôle normalisateur et de « *gatekeeper* ». Il est incroyable de penser que le parcours officiel se focalise sur le diagnostic différentiel et les éventuelles fragilités à supporter une transition sans porter son attention à la maltraitance que nous subissons au jour le jour ou sur le bouleversement que subit toute la famille de la personne transidentitaire.

### La MDS<sup>3</sup>, le Collectif Trans, et le CCOMS

J'avais lu dans ma jeunesse la traduction d'un texte de Rogers, « Ellen West-And loneliness » paru dans son livre *A way of being* et je l'ai redécouvert quelques années avant ma retraite. J'ai entrepris des études rogériennes dans le but de travailler avec les mouvements LGBT à ma retraite.

Le postulat fondateur de la théorie rogérienne est le concept de tendance actualisante. Carl Rogers appelle tendance actualisante la tendance que nous avons tous de nous réaliser au mieux de nos potentialités de notre organisme dans un environnement donné. C'est une conception qui laisse une ouverture pour permettre à la vie de s'écouler au lieu de l'enfermer dans un cadre rigide.

Parallèlement à mes études, j'ai participé à des groupes de rencontre pendant 4 ans et demi et fait une thérapie rogérienne. Cela n'a pas « résolu » mon problème de transidentité, mais m'a aidée à lui donner la place qui lui revient dans ma vie. L'autoreproche continu dans lequel j'ai vécu longtemps a diminué. À tout prendre, c'est plus épanouissant d'empoigner sa vie, parce qu'en cas d'erreur on a de l'énergie pour corriger le tir et plus on est acteur de sa vie moins on a peur de vivre. On finit par accepter qui l'on est et que l'on ne sait pas tout de sa propre vie, mais en gardant à l'esprit que personne ne peut mieux savoir que soi.

Ces études ont donné naissance à un petit groupe de femmes thérapeutes qui se réunit régulièrement. Nous nous connaissons intimement et nous nous soutenons. J'étais le seul garçon et mon cas a posé la question du genre. Finalement, je me suis rendu compte que les

<sup>3</sup> La Maison dispersée de santé est située 167 rue d'Arras 59000 Lille, Tél. 03 20 86 06 50.

femmes n'arrivaient pas plus à définir la féminité que les hommes la virilité. Pourtant, tout le monde sait dans quel genre il veut vivre même si c'est un mélange des deux. L'apport de cette expérience a été fondamental, car au quotidien les personnes sont jugées de façon brutale par des personnes « cis » qui croient tout savoir sur le genre et se pensent légitimes pour juger ce qui relève d'une vraie femme ou d'un homme un vrai.

Quelques années avant ma retraite, je me suis renseignée sur le parcours « officiel ». J'ai vite compris que je serai exclue parce que j'étais trop vieille, parce que j'avais eu des enfants, parce que je ne me retrouverai pas hétérosexuelle dans mon genre d'arrivée n'ayant aucune intention de rompre avec ma compagne.

J'ai commencé ma transition début 2012 quelques mois avant ma retraite à Lille. Je suis rentrée en contact avec la Maison dispersée de santé (MDS). À cette époque, la MDS suivait une quarantaine de personnes transidentitaires et en suit plus de 300 à ce jour.

La MDS est une association rattachée à la maison médicale Moulins<sup>4</sup> dont le plateau technique comprend des professionnels de santé médicaux et paramédicaux (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophoniste et psychologues).

Lieu de santé et de démocratie sanitaire, la MDS a souhaité accompagner également les personnes transgenres dans leur transition hormonale, en lien étroit avec les associations locales.

Il s'agissait au départ d'un accompagnement non psychiatrisé essentiel pour des personnes qui se sont vues refuser une demande d'hormonothérapie et ayant recours à l'automédication pour entamer leur transformation, avec tous les dangers que cela comporte. Cette position pragmatique et novatrice confère à la MDS une position de précurseur en matière de dé-psychiatisation de la transsexualité.

Afin d'approfondir le dialogue entre patients et personnel de santé, la MDS a créé un Collectif santé trans.

Le CST (Collectif santé trans des Hauts-de-France) comprend des professionnels de la MDS, mais aussi des psychiatres, psychanalystes, philosophes, travailleurs sociaux des représentants d'associations de personnes transidentitaires et des usagers. Le CST est un lieu de débat et d'échange sur les expertises des professionnels et les usagers peuvent faire part de leurs souhaits, de leurs observations, des difficultés rencontrées à vivre leur transition et d'actions à mener en faveur des personnes transidentitaires.

C'est ainsi que je me suis retrouvée comme patiente et bénévole de la Maison dispersée de santé pour accompagner des personnes transidentitaires dans un contexte dépsychiatisé. Je rejoins l'analyse de Tom Reucher pour qui l'on doit aider la personne à faire son autodiagnostic. Cela ne signifie nullement qu'elle doit aller au bout

du parcours trans, cela signifie simplement l'aider à aller jusqu'où elle veut aller dans son parcours.

Dans le contexte de la MDS, l'autodiagnostic de la personne n'est pas remis en cause. La personne est considérée être ce qu'elle déclare être et respectée comme telle. Cela est un changement énorme en tant que patiente d'avoir accès aux soins sans avoir à se justifier. Cela a été un choc pour moi. Je m'étais armée pour le premier rendez-vous et c'était comme si je me trouvais à la tête de troupes prêtes au combat sans ennemis à combattre. J'ai compris que je maintenais des défenses inutiles.

En explorant mon nouveau genre, il s'est entamé une réconciliation avec le sexe masculin et une lente confirmation de mon mode de vie au féminin. Je veux dire par là que malgré les incessantes autocritiques que je me faisais, il me suffisait de me poser la question « reviendrais-tu en arrière sur tel ou tel aspect de ta nouvelle vie ? » et la réponse était invariablement non.

Au fil du temps, je suis donc devenue une sorte de pair aidant ou de patiente experte. Il en existe d'autres qui sont engagés activement dans l'action de la MDS auprès des personnes trans.

J'ai rencontré au sein du Collectif santé Patrice Desmons, qui travaillait aussi pour le CCOMS. Dès l'annonce de la révision de la CIM en 2011, le CCOMS, sous l'égide du Dr J.-L. Roelandt, avait organisé à la Sorbonne un séminaire sur le thème de la révision de la CIM 11. Participaient à ce séminaire Patrice Desmons, Colette Chiland, Alain Giami, Karine Espineira, Vincent Guillot, Tom Reucher, Geoffrey Reed et quelques autres... Toutes les idées fondatrices de la déclassification ont été émises lors de ce séminaire.

## L'étude de terrain

En 2014 l'OMS a pris contact avec le CCOMS de Lille pour la révision de la CIM 11 et entre autres pour une étude de terrain concernant « l'utilité du diagnostic d'incongruence de genre pour les personnes transidentitaires ». Comme le CCOMS ne gère pas d'établissement, il s'est tourné vers la MDS et les associations trans pour trouver le terrain d'étude principale, celui de l'étude pilote, et la mobilisation des personnes trans pour leur participation à l'étude.

En remarque préliminaire, je dirais que personne n'était enchanté de voir que nous quittions le transsexualisme pour travailler l'hypothèse du diagnostic d'« incongruence de genre ». Cependant, cette étude était une réplique d'une étude mexicaine et s'est déroulée dans cinq autres pays (Afrique du Sud, Brésil, Inde, France et Liban). Cette étude a donc été suivie d'un questionnaire additionnel sur la façon de nous dénommer et sur le ressenti de l'expression « incongruence de genre » qui n'a recueilli aucun écho favorable.

L'équipe française était formée de chercheurs provenant de différents horizons qui m'ont admise parmi eux.

<sup>4</sup> Située à la même adresse : 167 rue d'Arras, 59000 Lille, France.

L'étude préliminaire pour roder le questionnaire s'est faite à Paris. Je faisais passer le questionnaire en présence d'une psychologue thérapeute à des personnes transidentitaires, ce qui nous a permis de vérifier la compréhension et de mesurer le temps de passation des questionnaires. Les réponses ont donné lieu à des débriefings passionnants. Un papa trans m'a ainsi expliqué qu'il se sentait bien homme, mais qu'il regrettait l'ablation de sa poitrine avec laquelle il n'avait pas de problème. Toutes les personnes interviewées ont déclaré spontanément que le motif numéro 1 de consultation des psychiatres était l'obtention des certificats pour l'hormonothérapie ou les différentes chirurgies. Les réponses allaient donc au-delà du champ de l'étude et concernaient la remise en cause du concept de binarité et la nature faussée des rapports à la psychiatrie.

Il était prévu au départ que des personnes trans fassent passer les entretiens à la MDS. Le CPP Nord-Ouest IV dans son avis du 4 février 2016 a refusé pour deux motifs l'une de forme, « Le point le plus problématique de cette étude est la réalisation de celle-ci par des "assistants de recherche" qui seront recrutés parmi les personnes transgenres et ne seront pas des personnels de santé », et l'autre transphobe, « De plus, d'un point de vue méthodologique, la réalisation de ces entretiens par des transgenres pose un problème d'objectivité du recueil des données ». Jamais ce comité ne s'est posé la question de savoir si une étude concernant les « cis » devrait être confiée à des personnes « trans » par souci d'objectivité. Il fut décidé de respecter cet avis pour ne pas compromettre l'étude. En fait, ce qui a posé des problèmes a été de trouver une psychologue connaissant la population trans. Ce comité n'a même pas eu conscience de la transphobie de ses propos.

Il faut comprendre que la très grande majorité des personnes correctement formées à l'accueil des personnes trans se trouve au sein des associations de personnes trans et pas ailleurs. Nous le savons parce que les personnes transidentitaires victimes de la transphobie médicale et des services de psychiatrie finissent tôt ou tard par se tourner vers les associations. Ce n'est pas un hasard si la résolution 2048 du Conseil de l'Europe relative à la discrimination des personnes transgenres préconise que nous soyons associées aux recherches nous concernant.

Ce fut une désillusion qui a marqué un tournant dans l'étude. À partir de ce moment, l'équipe a cherché à rentrer dans le moule « scientifique » pour aller jusqu'à sa publication. L'échantillon pour des motifs statistiques a même été amputé de trois personnes queers.

J'ai mis longtemps à comprendre l'originalité d'une étude dont l'objet avait déjà été parfaitement démontré par la sociologie et les nombreux témoignages des personnes trans. Pour faire court, nous souffrons souvent, mais pas toujours, d'une dysphorie de genre dont la médecine et la chirurgie viennent parfaitement à bout alors que nous sommes exposées toute notre vie à la

stigmatisation, au rejet et à la violence. Or, une part de cette stigmatisation provient des conséquences du classement de la transidentité comme trouble mental. Pour donner un exemple, en cas de divorce, il est facile de priver une personne trans de son droit de garde puisqu'elle est par définition malade mentale.

Cette hypothèse, qui paraît un truisme pour toutes les personnes trans, avait besoin d'être démontrée en psychiatrie, car la dépsychiatriation de l'homosexualité s'est faite sur la base de vote de l'APA et non d'études scientifiques, ce qui pourrait laisser à penser que la psychiatrie est une pseudo science reflet des préjugés d'une époque donnée.

Une autre particularité de l'étude française est son lieu d'étude la MDS. Cent pour cent de l'échantillon des 72 personnes étaient des personnes hormonées âgées de 18 à 50 ans dont bon nombre ont eu également des opérations. Toutes ces personnes ont un suivi médical, mais pas forcément un suivi psychiatrique uniquement mené à la demande express des intéressés à l'extérieur de la MDS. Or malgré le nombre important de personnes suivies et des résultats s'échelonnant sur 6 ans, il ne s'est pas produit les catastrophes prévues par les tenants du parcours officiel. En d'autres termes, le fonctionnement MDS prouve que le système de santé français est opérant pour mener le suivi des personnes transidentitaires à partir de la médecine de première ligne avec un recours à la psychiatrie en tant que de besoin.

Fin du mythe de la nécessité incontournable du recours aux hyperspécialistes. Un manque de formation au niveau de la psychiatrie de secteur dans l'accueil de cette population a cependant été pointé, mais plusieurs secteurs psychiatriques du Nord invitent maintenant les associations de personnes trans pour les former à notre accueil.

## Conclusion

La transidentité a toujours été peu ou prou décrite par rapport à l'hétéronativité présentée comme la norme soit par sa définition soit par son placement dans la CIM. Les changements de placements et de définitions traduisent une étiologie incertaine.

Le seul remède efficace n'a jamais été la pharmacopée ou la thérapie pour guérir de cette maladie, mais la transition partielle ou totale que les personnes trans demandent invariablement quand elles s'adressent à la médecine. La transidentité n'est pas une « maladie » qui fait des victimes, c'est à l'inverse le soin de cette maladie qui pose problème à l'entourage et à la société.

Ce n'est donc pas une maladie qui peut se définir par de la pathologie, mais par une aspiration au mieux-être et la déclassification de la transidentité est un pas en ce sens. Reste à s'emparer de la notion de mieux-être pourtant reconnue par l'OMS pour donner une nouvelle définition de la transidentité.

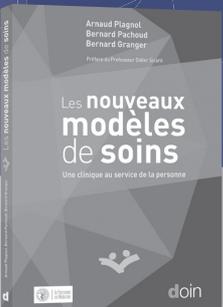
Pour dire les choses clairement, bon nombre de personnes transidentitaires pensent que la transidentité pose plus de problèmes à la psychiatrie, à l'entourage et à la société qu'à elles-mêmes et que c'est leur accueil à ces différents niveaux qu'il faut travailler.

**Liens d'intérêt** l'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. von Krafft-Ebing. Psychopathia Sexualis avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle (Emplacements du Kindle 187-189).

2. Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme. Paris : Éd. De l'Association freudienne, 1996. pp. 312-350 (Extrait d'entretien entre Jacques Lacan et Michel H. personne transidentitaire parue *Le Discours Psychanalytique* du 21 février 1976, en présence de 5 personnes.).
3. Professeur René Küss, Antenne 2, 29 juin 1982.
4. Grafeille N. Sexologies en 1998. *Ethique et transsexualisme* 1998 ; XII : 43.
5. Bailey JM. *The man who would be a queen*. Washington: Joseph Henry Press, 2003.
6. Chiland C. *Changer de sexe*. Paris: Odile Jacob, 1997.
7. Raymond JG. *The transsexual Empire: The making of the she-male*. Boston: Beacon Press, 1979.
8. Halmos C. « Je veux devenir un garçon. Pourquoi ce n'est pas possible ». *Psychologies Magazine* 2014 (Réponse de la psychanalyste à Lucie, 6 ans : « Je veux devenir un garçon. Pourquoi ce n'est pas possible ? ».).



Les nouveaux modèles de soins  
Une clinique au service de la personne

Arnaud Plagnol  
Bernard Pachoud  
Bernard Granger

Collection La Personne en Médecine  
• Octobre 2018  
• 17 x 24 cm, 224 pages  
• ISBN : 978-2-7040-1582-5  
• 36 €

doin | John Libbey EUROTEXT

## Les nouveaux modèles de soins

Une clinique au service de la personne

### Repenser le prendre-soin par des pratiques innovantes

De profondes mutations dans la conception des soins sont en gestation et convergent vers la même aspiration : une attention à l'humain, aux échanges, aux ressources et aux aspirations de la personne soignée, dans sa singularité inaliénable.

Cette nouvelle culture du prendre-soin nourrit déjà les pratiques soignantes et s'appuie sur des concepts novateurs issus des expériences de cliniciens engagés ou portés par des mouvements d'usagers.

Ce volume présente les plus dynamiques de ces nouveaux modèles de soins, leurs fondements, principes communs et développements cliniques concrets.

En savoir + sur [www.jle.com](http://www.jle.com)



Également disponible en Ebook

