

Les assises du corps transformé
Regards croisés sur le genre
Centre européen d'Etudes et de Recherche Droit & Santé
Montpellier, 16 - 17 Octobre 2009

Intervention d'Anne-Gaëlle Duvochel

Transidentité : Psychiatrisation, médicalisation, une nécessité?

Cette question est au cœur des polémiques qui opposent le monde des "trans' " et celui des "autorités". " Trans' " est l'appellation générique pour désigner les personnes en état de transidentité, c'est-à-dire qui ressentent le besoin irréprouvable d'adopter, ponctuellement ou définitivement, les comportements et attributs sociaux du genre (masculin ou féminin) auquel elles s'identifient, en contradiction avec leur sexe génital : transvestis, transgenres, transsexuels (on parle alors de transsexualisme, le mot transsexualité étant écarté car trop connoté "sexualité")... Certaines personnes souhaitent même n'appartenir à aucun genre. L'abréviation FTM désigne un transsexuel (qui va de femme vers homme - "Female To Male"), MTF désignant une transsexuelle (qui va d'homme vers femme). Le transsexualisme est parfois appelé aussi "syndrome de Benjamin" en référence au psychiatre américain Harry Benjamin qui dès 1949 a admis le bien fondé de la transformation physique en réponse au transsexualisme.

Le mot "autorités" désigne ici les responsables et exécutants des mondes médicaux, juridiques, sociaux et administratifs confrontés à cette réalité.

Nous voyons d'un côté les autorités "sur la défensive", certains de leurs représentants sincèrement malheureux d'être l'objet de vindictes, de l'autre nous entendons des trans' clamant leur souffrance et leur colère devant les obstacles que la société semble mettre sciemment sur la voie de leur bien-être. Chaque partie se sent incomprise.

La question est certes propice à confusion entre théories scientifiques et postulats idéologiques, arguments objectifs et réactions affectives, constats techniques et visions symboliques. La brièveté de cet exposé le conduira hélas à devoir être très schématique donc parfois injustement caricatural. Je prie par avance les différents protagonistes de m'en excuser et de considérer que mon propos n'est pas d'accuser tel ou tel mais de donner aux non spécialistes des clefs pour comprendre la situation dans sa complexité. Je pars du principe que

toutes les parties sont d'égale bonne foi et que les malentendus sont plus souvent à l'œuvre que les mauvaises intentions.

Reformulons donc la question source de polémique : "en matière de transidentité, la psychiatrisation et la médicalisation sont-elles nécessaires?"

D'emblée, cette question soulève deux autres interrogations.

- La première, c'est : "de quel phénomène parle-t-on?". Du transsexualisme? Il implique la modification chirurgicale de l'apparence des parties génitales et des caractères sexuels secondaires. Mais le transsexualisme, pour fascinant et effrayant qu'il soit pour le public et les médias, n'est que l'arbre qui cache la forêt de toutes les personnes "trans" qui ne réclament pas ces chirurgies et dont le rapport au dispositif médical est très différent.

- La seconde, c'est : "de quelle psychiatrisation et de quelle médicalisation parle-t-on?". D'actes administrés dans le but de décourager les demandes de transformation corporelle ou bien de soins accompagnant avec humanité des démarches irrépressibles?

Examinons plus en détail chacune de ces deux interrogations en commençant par la seconde :

I - Une médicalisation aux méthodes et aux buts controversés.

I,1 : Remarques techniques :

Avant d'entrer dans le débat, il est utile de mentionner très sommairement en quoi consistent les opérations et dans quel cadre elles sont pratiquées.

a) Les opérations chirurgicales

En ce qui concerne le transsexualisme stricto sensu, la médicalisation est inévitable. Les transsexuel(le)s ont en effet pour objectif d'obtenir une réassignation (on dit aussi une conversion) chirurgicale du sexe anatomique apparent. Dans le sens homme vers femme, il s'agit, en utilisant le scrotum et le pénis, de construire une cavité vaginale, une vulve et un clitoris. Une mammoplastie pourra être effectuée en complément. Dans le sens femme vers homme, la première opération est une mammectomie, suivie d'une hystérectomie élargie (c'est-à-dire ablation de l'utérus dans son entier (corps et col) complétée

de l'ablation des trompes de Fallope et des ovaires) permettant la fermeture du vagin sans crainte de complications. Ensuite, peut être pratiquée la construction d'un scrotum ainsi qu'une métaïdioplastie (qui consiste en un allongement du clitoris sous l'effet de la testostérone, suivi d'une débridation) ou une phalloplastie (construction d'un néo pénis en utilisant l'épiderme et le derme du bras ou de la cuisse). Compte tenu de la complexité et du résultat aléatoire de ces deux dernières opérations, un certain nombre de FTM y renoncent, mais, ayant subi l'hystérectomie, sont néanmoins considérés aux yeux de la loi comme ayant bénéficié d'une réassignation de sexe.

b) L'organisation et les protocoles

Compte tenu du caractère atypique, exorbitant, de ces actes tant au regard de la déontologie médicale (ablation de parties saines) que de la responsabilité pénale (mutilation, atteinte à l'indisponibilité du corps), l'Etat français a réservé les chirurgies de réassignation sexuelle, envisagées comme rarissimes, aux seuls hôpitaux publics. Aujourd'hui, ces chirurgies se pratiquent dans cinq villes : Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille et Nice (depuis octobre 2009). Dans chacun de ces lieux, s'est formée, autour du chirurgien de l'hôpital, une équipe ad hoc, constituée essentiellement d'un ou plusieurs psychiatres, psychologues et endocrinologues. Ces équipes dites "officielles" appliquent un protocole de soins inspiré de standards internationaux, mais chacune à sa façon, avec ses propres critères d'admission. Le point commun de ces protocoles est que le sujet qui se présente comme transsexuel doit d'abord avoir un certain nombre d'entretiens avec un psychiatre pendant au moins un an avant de pouvoir bénéficier d'un traitement hormonal (si le bilan ne révèle aucune contre-indication), toujours en lien avec le psychiatre. Au bout d'un à deux ans d'hormonothérapie, le sujet peut être admis, par décision conjointe du psychiatre, de l'endocrinologue et du chirurgien, à prendre sa place dans la file d'attente de l'opération, qui interviendra au bout de plusieurs mois. Il faudra encore environ un an à partir du jour de l'opération pour que le sujet obtienne par voie judiciaire une mention en marge de son acte de naissance lui permettant de bénéficier d'une nouvelle carte d'identité et d'une nouvelle carte vitale correspondant à son nouveau genre. Soit au total un parcours d'environ quatre ans quand tout se passe bien.

I,2 Les points de friction

En tout premier lieu, l'ensemble du dispositif français de traitement du transsexualisme pose la question de l'accès aux soins, du libre choix des praticiens et de la transparence des critères d'admission (qui pour la plupart

accroissent le risque d'exclusion), comme il ressort d'un pré-rapport sur la question publié au printemps 2009 par la Haute Autorité de la Santé.

D'autre part, si le psychiatre, l'endocrinologue et le chirurgien sont les grandes figures du parcours médical, deux autres acteurs jouent un rôle déterminant : le financeur (la sécurité sociale) et le juge. Il apparaît qu'aucun de ces intervenants n'est tout à fait dans son rôle, ni tout à fait à l'aise, du fait que les transsexuel(le)s ne sont pas, en réalité, des "malades psychiatriques".

Passons rapidement en revue ces différents points :

a) L'accès aux soins et la transparence des critères d'admission

Le fait qu'il n'y ait que quatre villes dotées d'une équipe spécialisée crée un système à deux vitesses. Les transsexuel(le)s à proximité de ces équipes ne vont guère avoir d'autre choix que d'en passer par elles. Ceux qui en sont éloignés vont devoir soit effectuer le trajet, soit trouver dans leur environnement - cette fois-ci librement - un psychiatre et un endocrinologue susceptibles de valider les deux premières étapes de leur parcours. Dans ce dernier cas, cependant, se posera la question de la jonction avec le chirurgien, lequel demandera une revalidation, plus ou moins rapide, par sa propre équipe.

D'autre part, chaque équipe ayant des critères et procédures différents, le paysage français s'en trouve hétérogène, opaque, inéquitable et soumis à la bonne volonté de quelques médecins "experts". Pire encore, en cas de rejet de sa demande, la personne trans' n'a aucune possibilité de recours.

Du côté des responsables du système de santé, conscients de ces imperfections, on pencherait, si l'on suit les pistes du rapport de la HAS précité, pour l'élaboration d'un protocole commun et pour la mise en place de davantage de centres régionaux spécialisés.

Aux yeux des transsexuel(le)s, la création de tels centres augmenterait le risque de mainmise sur le dispositif par quelques experts dont on ne sait comment et sur quels critères ils seraient sélectionnés, et contreviendrait alors complètement à la liberté de choisir son médecin (article R.4127-87 du code de la santé publique). Plusieurs associations de personnes transsexuelles demandent ainsi que soit assurée une formation convenable à l'ensemble du corps médical sur les questions trans, permettant aux généralistes et endocrinologues "de ville" d'accueillir et suivre dans des conditions humaines, souples et sécurisées les trans' en début de parcours. Proposition qui leur semble plus adaptée et moins onéreuse pour la collectivité. En revanche, il conviendrait de regrouper les chirurgies afin de les confier à des praticiens spécialement formés aux plus

récentes techniques et ayant acquis une bonne dextérité par une pratique fréquente des opérations.

b) La chirurgie

Dans le triptyque psychiatrie, endocrinologie, chirurgie, commençons par examiner le volet chirurgie. La chirurgie de réassignation de sexe est en effet le point de mire, le sommet vertigineux, terrifiant pour les uns, mythique pour les autres, dont l'ombre couvre le paysage du transsexualisme.

- du côté des chirurgiens

L'acte chirurgical peut être ressenti comme une mutilation aberrante, puisque consistant non à soigner des parties malades mais à enlever ou bouleverser des parties saines et, qui plus est, pas n'importe lesquelles ! Au-delà de la dimension anatomique, il y a une dimension symbolique dès lors qu'est pratiquée une transgression majeure de ce que l'humanité croit être son identité première, mâle ou femelle, censée se représenter parfaitement à travers le genre homme ou femme. Cet acte chirurgical heurte à la fois le concept médical de soin et le concept juridique d'indisponibilité du corps.

Les chirurgiens français qui se lancent dans ces opérations sont donc mal à l'aise et pas toujours bien perçus par leur environnement, comme le souligne le document de la HAS elle-même :

" Les chirurgiens [français] regrettent que les efforts réalisés par les équipes de prise en charge officielles ne leur attirent que des critiques sur leurs pratiques et leurs résultats. Ils mentionnent le manque de moyens, de temps, de disponibilités chirurgicales consacrées à cette activité, par comparaison aux équipes étrangères bien dotées et spécialisées. (...) Cette pratique, quoique purement hospitalière, est très isolée au sein de l'hôpital, parfois simplement tolérée, sans véritable appui de l'institution et des collègues. Les chirurgiens ressentent un discrédit, voire un ostracisme, de la part de leurs pairs, du fait de leur activité chirurgicale auprès de patients transsexuels. (...) Aucune échelle de coût n'est attribuée à ces interventions chirurgicales spécifiques, ce qui contribue à maintenir l'opacité sur cette pratique." (pré rapport HAS 2009)

De plus, les chirurgiens français ne réalisant chacun qu'une vingtaine d'opérations par an, ils sont peu entraînés et ne peuvent rivaliser avec la dextérité de certains de leurs confrères étrangers, thaïlandais notamment, qui effectuent chacun une vingtaine d'opérations MTF... par mois. En France, en matière de chirurgie du transsexualisme, on est dans un système étatique et

malthusien, alors que les chirurgiens performants dans le monde ont eu la liberté d'entreprendre et de se perfectionner.

Pour toutes ces raisons, les chirurgiens veulent être dans la certitude d'avoir affaire à une personne transsexuelle pour laquelle c'est véritablement un geste thérapeutique. Jusqu'à présent, il font confiance pour cela à un confrère lui-même médecin, le psychiatre.

- Du côté des transsexuel(le)s

L'opération n'est pas du tout perçue comme une mutilation insensée, mais bien plutôt comme une libération, une réparation, une chirurgie plastique reconstructive : ne parle-t-on pas de réassignation de sexe? Et les MTF savent que, si elles ont affaire à un chirurgien spécialisé, motivé et entraîné, elles seront satisfaites non seulement sur le plan esthétique, mais aussi sur le plan fonctionnel.

Elles attendent donc un soin de qualité, notion qui recouvre la sûreté du geste mais aussi, et c'est très important quoique sous-estimé par les autorités, le délai dans lequel il est administré : or sur ce plan là, la situation française est également inacceptable : plusieurs mois, voire plusieurs années d'attente, même après le feu vert de l'équipe médicale ! Et dans une situation de "sans papiers", puisqu'il s'agit au quotidien de confronter une apparence physique à des papiers d'identité contradictoires !

Il faut remarquer que, pour les transsexuel(le)s, le rôle de l'opération n'est pas que physiologique. Il comporte une dimension symbolique tant pour eux-mêmes que pour leur entourage. Le caractère "inouï" de ce passage à l'acte impose bien souvent au public un certain respect envers les personnes qui l'ont accompli : le "sacrifice" par le bistouri de son appareil génital est sans aucun doute le gage que le ou la transsexuelle ne "bluffe" pas quant à son mal-être et à ses convictions...

c) L'hormonothérapie

Elle consiste à administrer d'une part des produits qui contrecarrent l'effet des hormones sexuelles naturellement présentes dans le corps, d'autre part des hormones du genre souhaité.

- du côté des endocrinologues

L'endocrinologue sait que le traitement va produire des effets rapidement

irréversibles et modificateurs de l'équilibre physiologique et psychologique du sujet. En particulier pour les FTM : la testostérone va rapidement provoquer une mue de la voix et une pilosité visible, qui seront irréversibles. Les hormones ont également des effets sur le foie, les os... Or, les médicaments prescrits ne sont pas prévus pour ce type d'utilisation dans leur autorisation de mise sur le marché (cf. http://fr.wikipedia.org/wiki/Autorisation_de_mise_sur_le_marché) ! A l'instar des chirurgiens, la plupart des endocrinologues veulent donc se couvrir, au moins par l'avis d'un psychiatre. Le suivi par celui-ci est également requis au début de la thérapie hormonale en raison des effets psychiques éventuellement perturbants de ces substances.

Mais les médecins endocrinologues ont trop souvent l'impression de n'être considérés par les trans' que comme de simples fournisseurs de "potion magique".

- du côté des transsexuel(le)s

Ils ont l'impression que la maîtrise de cette spécialité médicale est loin d'être acquise : un grand flou règne quant aux dosages, quant aux produits et à l'ordre dans lequel ils doivent être administrés. Même si la majorité des sujets ressentent dès le début du traitement que leur mal-être s'allège, une molécule, l'acétate de cyprotérone (commercialisée sous le nom d'Androcur), est accusée par les MTF, non sans arguments crédibles, d'être un castrateur chimique rapidement nuisible à la santé.

Certes, il vaut mieux effectivement que la personne se rende compte des effets de la castration avant l'opération plutôt qu'après, au cas où elle ne les supporterait pas. Mais cette mise à l'épreuve est souvent insuffisamment expliquée par les médecins et vécue comme une manœuvre sournoise de découragement par certains sujets d'autant qu'elle induit souvent un tableau dépressif dont ils ne sont nullement avertis. De même est vécue comme une punition l'exigence fréquente des équipes "officielles" que quelqu'un qui a commencé une hormonothérapie auto prescrite l'interrompe dans l'attente de l'autorisation réglementaire.

d) La psychiatrie

Le troisième volet du triptyque ne concerne plus le corps mais l'esprit. Dès que la médecine, il y a plus d'un siècle, s'est intéressée au mal-être des personnes transidentitaires voulant être opérées, trouble qualifié de "transsexualisme" depuis les années 50, elle l'a classé dans les maladies mentales graves, donc relevant des compétences du psychiatre, et ceci au niveau mondial.

- du côté des psychiatres

Ce sont bien vite des praticiens à la fois psychiatres et psychanalystes qui ont dicté le discours médical dominant sur le transsexualisme. Psychanalystes nourris principalement aux théories de Freud et de Lacan, chez qui, pour schématiser, le projet transsexuel est un délire, ou une attitude "border-line" entre névrose et psychose, auquel il ne faut céder qu'en désespoir de cause, après des années de manœuvres de dissuasion à l'encontre des "candidats". Ce qui est bien exprimé par la célèbre phrase du Dr Colette Chiland "l'opération est une réponse folle à une demande folle" ("Le transsexualisme", 2003).

Or ces praticiens, sincèrement effrayés par cette demande, ont tout essayé : les drogues, les électrochocs, les cures psychanalytiques interminables. Leurs actes de retardement ne sont parvenus dans la plupart des cas qu'à aggraver la souffrance et le désespoir de leurs patients. Alors, il a bien fallu que quelques psychiatres se dévouent pour faire preuve de réalisme et signer, avec résignation, des attestations couvrant les actes "insensés" qu'accomplissent leurs collègues endocrinos et chirurgiens, actes considérés alors comme soins palliatifs à une maladie incurable.

Aujourd'hui, la mission plus "pragmatique" des psychiatres est bien résumée dans un article de la revue *Sexologies* (Volume 17, numéro 4, Octobre-Décembre 2008, pages 225-237) : " au-delà du débat sur l'étiologie des troubles de l'identité de genre (TIG), le rôle du psychiatre dans la prise en charge des transsexuels est fondamental. En effet, quelle que soit l'origine des TIG, toutes les études montrent que le succès de la réassignation sexuelle par traitement hormono-chirurgical (THC) dépend de la qualité de la démarche diagnostic et de facteurs psychiques et/ou psychopathologiques qu'il faut avoir dépistés et pris en charge. Le rôle du psychiatre dans la prise en charge des dysphories de genre consiste à : confirmer le diagnostic de trouble de l'identité de genre ; éliminer un éventuel diagnostic différentiel des troubles de l'identité de genre ; dépister et traiter d'éventuelles comorbidités psychiatriques ; détecter et informer le patient des facteurs prédictifs positifs et négatifs le concernant et discuter des bénéfices/risques d'une conversion chirurgicale ; repérer les attentes irréalistes pour éviter des frustrations et des déceptions inadaptées qui vont retentir sur l'équipe chirurgicale. Les objectifs du psychiatre vis-à-vis des patients : prévenir d'éventuelles complications psychosociales du traitement hormono-chirurgical et optimiser les chances d'une transformation réussie, en termes de satisfaction globale du patient et d'adaptation psychosociale au nouveau genre".

On ne peut pas dire que ces préoccupations des psychiatres soient scandaleuses aux yeux de la société...

- du côté des transsexuel(le)s

Dès les années 1990, à la suite de la dépsychiatriation de l'homosexualité et devant les échecs des traitements psychiatriques, des voix se sont élevées pour contester la qualification du transsexualisme de "maladie psychiatrique", sauf à considérer que le cerveau malade des trans' se trouve sous leur ceinture ! Le mouvement s'est accéléré depuis quelques années, notamment avec l'apparition d'une nouvelle génération de transsexuel(le)s ne venant plus essentiellement du monde de la nuit et de la marginalisation sociale, mais de toutes sortes de milieux. Ils se posent ainsi en contre experts. La plus grande tolérance de la société à l'égard des questions de préférence et d'identité sexuelles, l'existence de filières garantissant des chirurgies de qualité à l'étranger et le développement d'Internet ont largement contribué à cette évolution : les témoignages se sont accumulés, stipulant que les opérations bien préparées et bien menées conduisent à un mieux être et ne sont pas une réponse "folle". Même la HAS reconnaît que le taux d'échec ne dépasse pas 1%. Pour les trans'', il est temps que les "psys" de la vieille école ne croient plus, comme le célèbre savant grec Thalès, que la terre est plate, mais qu'ils écoutent le récit des dizaines de milliers de navigateurs transidentitaires qui sont partis vers l'horizon et sont revenus de l'autre côté, sans tomber dans aucun gouffre, après avoir découvert des terres parfaitement vivables !

L'échec de la psychiatrie à "guérir" les trans' vient d'ailleurs d'être officialisé par l'annonce du gouvernement français, apparemment le premier au monde, de la sortie du transsexualisme de la catégorie des maladies psychiatriques pour un reclassement dans les maladies "hors liste". C'est une avancée majeure ... mais qui ne satisfait pas encore ceux parmi les trans' qui ne veulent en aucune manière être pathologisés. Ce souhait n'est cependant pas partagé par tous : en dehors du fait qu'il faut maintenir la justification d'une prise en charge (voir plus loin), la qualification de maladie grave et incurable permet à certaines personnes en transition de se sentir moins coupables ; elle rend aux yeux de leur environnement familial et social leur démarche plus acceptable que si elles étaient dans l'affirmation de la pure liberté de choix de genre que revendiquent certains militants.

Par ailleurs, il faut veiller à ce que le filtre du psychiatre ne soit pas remplacé par un filtre beaucoup plus pervers et redoutable, celui du "test de vie réelle". Actuellement, les personnes qui entament un parcours, tout en étant suivies par

le psychiatre puis l'endocrinologue, se transforment progressivement et se risquent à petits pas à sortir au grand jour sous leur nouvel aspect, en prenant grand soin de ne pas choquer leurs proches et leur milieu professionnel. Plus elles gagnent en assurance et en sérénité, notamment grâce à l'effet des hormones, mieux se passent leurs "coming out" successifs. Bien sûr, c'est pour le psychiatre un signal important de l'authenticité et de la sécurité de leur démarche. Mais c'est un test de vie réelle progressif et adapté à chacun. Or, le rapport de la HAS précité laisse entrevoir que l'exigence des autorités pourrait être un jour que la personne, avant même d'être admise dans un processus médical, ait déjà accompli la transformation de son apparence et l'ait fait accepter à tout son environnement ! Ce serait vraiment "mettre la charrue avant les bœufs" et cela risquerait de provoquer de nombreux drames.

e) Le financeur : la sécurité sociale.

De tout ce qui précède, il est compréhensible que les trans'' soient en colère et que les trois spécialistes, chirurgien, endocrinologues et psychiatre souffrent de leur situation très inconfortable... Or, comme les trois mousquetaires, ils ne sont pas trois. Et même pas quatre. Ils sont cinq : il y a deux autres acteurs qui détiennent les clefs du succès du parcours trans'. Ce sont le financeur et le juge.

- du côté de la Sécurité Sociale

La Sécurité Sociale accepte de prendre en charge les soins essentiels à la mise en conformité du corps des transsexuels. Mais selon quels critères reconnaître ces personnes et la légitimité de leur appel à la solidarité des assurés sociaux? Jusqu'à présent, la qualification de maladie mentale amenait à se tourner tout naturellement vers le spécialiste de ces questions, le psychiatre. C'est donc le plus souvent en s'appuyant sur le certificat du psychiatre que le généraliste, (dont on oublie trop souvent le rôle), va établir une demande de prise en charge des soins à 100% par la sécurité sociale, sous le régime d'une Affection de Longue Durée (ALD). La décision est du ressort de la caisse régionale pour les soins pré opératoires, mais elle est ensuite centralisée au niveau national pour autoriser, après les deux premières phases du parcours, la prise en charge de l'opération... à condition qu'elle soit réalisée en France (ou à la rigueur en Europe, mais avec un remboursement souvent incomplet).

Afin de maintenir la prise en charge du transsexualisme suite à la décision du gouvernement de ne plus le considérer comme maladie psychiatrique, le ministère de la santé a annoncé un classement en "maladie hors liste". Mais si on en vient à disqualifier le psychiatre pour attester de l'état de

transsexualisme d'une personne, qui va détenir le pouvoir de certifier à la sécurité sociale le bien-fondé et l'urgence d'une demande de transformation corporelle "transsexuelle"? Une commission? Composée de quels "experts"? Avec quels critères d'admission des demandes?

- du côté des transsexuel(le)s

Pour le candidat à la transformation physique, l'enjeu de l'obtention de l'ALD n'est pas tant de financer la psychiatrie ou même l'hormonothérapie, assez bien prises en charge, même sans ALD, grâce à l'aide des mutuelles, que d'autres soins coûteux tels la phoniatrie, la mammoplastie ou la mammectomie, l'épilation, la réduction de la pomme d'Adam, etc. Et, bien sûr, le financement de la chirurgie de réassignation... en France. Les plus démunis n'ont pas le choix.

Mais l'enjeu n'est pas uniquement financier, il est aussi symbolique : pour bien des candidats, "l'entrée en ALD" représente l'estampille officielle qui les qualifie de transsexuels, donc les conforte à la fois par rapport à l'équipe médicale et face à leur environnement social, par exemple vis à vis du pharmacien, des proches ou en cas de contrôle de police.

D'autre part, les militants trans' qui contestent la qualification de maladie remarquent que la collectivité prend en charge, quand les enjeux le justifient, des soins qui ne relèvent nullement de pathologies : la grossesse, la protection maternelle et infantile et l'IVG. Si on concevait le transsexualisme comme une pathologie non médicale, mais sociétale, ne pourrait-on se tourner vers le chapitre XXI du classement international auquel se réfère la sécurité sociale (le DCIM 10) dont le titre est : "Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé"? Ce chapitre comprend en effet une rubrique Z60.4 qui s'intitule "Exclusion et rejet sociaux : exclusion et rejet pour des motifs liés à la personne, tels que apparence physique, maladie ou comportement anormal".

Par ailleurs, la mise au point éventuelle d'un nouveau filtre, non psychiatrique, à l'admission des candidats transsexuels peut faire craindre aux trans' de tomber de Charybde en Scylla si de nouveaux "experts" s'emparent d'un pouvoir discrétionnaire sur les nouveaux protocoles...

Là encore il y a matière à débat.

f) Le juge

Le cinquième intervenant essentiel dans le parcours, c'est le président du tribunal de Grande Instance qui demande à l'Etat français, représenté par le Procureur de la République, de faire porter en marge de l'acte de naissance une mention modifiant le sexe et le prénom de la personne, ce qui lui permettra d'obtenir de nouveaux papiers d'identité.

- Du côté du juge

Le problème du transsexualisme n'est pas régi en France par une législation spécifique. Ce sont les juges qui, au fil des années, ont élaboré un ensemble de règles applicables aux transsexuels. Ces règles, posées par la jurisprudence, trouvent deux fondements :

- Dans un premier temps, suite à la condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'Homme le 25 mars 1992 (affaire B. contre France), la jurisprudence a posé des règles en faveur du transsexuel au nom du droit de ce dernier au respect de sa vie privée.

- La jurisprudence a également posé des règles en faveur du transsexuel au nom du droit de ce dernier au respect de sa vie familiale.

Pour plus de détails, on pourra consulter l'article suivant de Patrice Hilt, de l'Institut d'Etudes judiciaires de Strasbourg :

www-iej.u-strasbg.fr/LE%20TRANSSEXUALISME.htm

Le juge, en fait, est lui aussi emmené dans la logique médicale, comme l'a souligné Pierre-Henri Castel (dans son livre "La métamorphose impensable", 2003), puisqu'il fait administrer au "malade", par l'Etat lui-même, le soin ultime à savoir le changement d'état civil, proclamation officielle que la personne doit être dite désormais "femme" ou "homme" (aux yeux de bien des trans', cette officialisation est plus importante même que l'opération). Les slogans de certains militants trans' disent que, pour emporter la décision, ce qui est exigé c'est la "stérilité" du requérant. C'est beaucoup plus que cela. Il est demandé notamment la preuve que la personne était bien "atteinte" de transsexualisme et qu'elle a sacrifié son appareil reproducteur. Cette exigence évite tout effet de jurisprudence en faveur de gens qui n'auraient pas démontré leur sérieux par ... l'accomplissement de cet acte "insensé". De plus, il est apprécié par le juge et le procureur que le ou la requérante ait respecté la démarche médicale française. Sinon, sans pouvoir s'opposer totalement à la demande, suite au fameux arrêt de la Cour Européenne précité, le juge ou le procureur peuvent la "sanctionner" en lui imposant de longues, coûteuses et souvent humiliantes expertises.

- du côté transsexuels(le)s

Ils admettent mal de devoir se lancer dans une procédure nécessitant l'intervention d'un avocat, donc coûteuse, et s'étalant sur huit à douze mois. Beaucoup s'insurgent contre l'exigence qu'ils ne soient plus mariés (alors que certains couples sont prêts à rester unis). Mais la non possibilité de modifier son état civil avant les chirurgies de changement de sexe est le problème principal, puisque pendant les années précédant ces opérations, les transsexuel(le)s se trouvent confrontés en permanence aux questions, voire aux rejets, provenant de la non adéquation entre leur apparence et leurs papiers d'identité.

Conclusion sur le parcours transsexuel

Au final, l'ensemble de ce circuit économico-médico-juridique semble un jeu de dupes pour toutes les parties. Les praticiens se sentent sur un terrain miné, où ils ont le sentiment désagréable d'être pris pour des prestataires de services pour des clients exigeants et pressés.

De leur côté, les personnes transsexuelles n'ont pas le sentiment de bénéficier d'un parcours de soins, mais de subir une série d'épreuves de dissuasion. Résultat : les mieux informées et les plus riches vont instrumentaliser le dispositif à leur profit pour faire un parcours "sans faute" et obtenir leurs papiers sans expertises coûteuses même en se faisant opérer à l'étranger. Par contre, les plus démunies vont être "baladées" dans le labyrinthe des confrontations médicales plus ou moins humiliantes et tourmentées pendant des années par l'attente qu'on leur impose avant de consentir à les opérer... en France. Tourment d'autant plus insupportable que pendant tout ce temps, elles n'auront aucun papier d'identité ou de carte de sécurité sociale leur permettant de trouver un travail si elles en cherchent un. La perversité ultime du système est que cet état de marginalité sociale peut s'avérer une raison... de leur refuser l'opération !

Le dispositif est manifestement producteur d'injustice, et d'exclusion et peut rendre les personnes effectivement ... malades.

De fait, le changement d'état civil bien avant l'opération apparaît comme une condition essentielle de l'amélioration de la condition des personnes transidentitaires. Après la dépsychiatriation, c'est actuellement la revendication prioritaire des associations trans'.

II - Derrière l'arbre du transsexualisme, la forêt de la transidentité

Le transsexualisme, nous venons de le voir, a polarisé jusqu'à présent tous les regards des autorités et du public. Or, le transsexualisme n'est pas la manifestation la plus fréquente de la transidentité, loin de là.

Les autres personnes transidentitaires, ce sont toutes les personnes qui ne se reconnaissent pas dans la rigidité de la norme de genre : des hommes qui se travestissent plus ou moins fréquemment, mais savent qu'ils sont des hommes et ne veulent pas aller plus loin ; des femmes qui veulent une poitrine plate sous une cravate, des androgynes qui ne veulent pas être catégorisés en permanence dans un genre ou un autre, des transgenres qui vont vivre en permanence dans l'apparence du genre opposé sans vouloir pour autant une chirurgie de réassignation de sexe... D'après le rapport " Droits de l'homme et identité de genre" présenté en 2009 par Thomas Hammarberg commissaire aux droits de l'homme au sein du Conseil de l'Europe, 90% des personnes transidentitaires ne veulent pas être opérées !

Or ces personnes, ne visant pas l'opération, ne vont pas se lancer dans le processus décrit plus haut et donc n'obtiendront ni l'estampille de la sécurité sociale, ni la reconnaissance juridique de leur genre vécu. Officiellement, en quelque sorte, à part les travestis catégorisés comme des pervers, elles n'existent pas. Lorsqu'elles se rendent visibles, il peut leur arriver d'être considérées comme encore plus "folles" et scandaleuses que les transsexuel(le)s, puisque revendiquant le droit d'être des "hommes à vagin" ou des "femmes à pénis" !

Sortons-nous du sujet de la médicalisation? Non, pour deux raisons :

- la première, c'est que la plupart des transgenres non transsexuel(le)s veulent tout de même modifier leur corps par de la chirurgie esthétique et surtout par les hormones. Or le médecin peut-il prescrire celles-ci à la demande sans être "couvert" par un psychiatre ou autre garant? Pour contourner l'obstacle, beaucoup de ces transgenres se fournissent en hormones par des moyens détournés, puis mettent l'endocrinologue ou le généraliste devant le fait accompli, celui-ci retrouvant alors son rôle de thérapeute évitant les mauvais dosages et ordonnant des analyses...

D'une manière générale, pour assurer une prise en charge médicale efficace et humaine des personnes transidentitaires, il serait grandement préférable de

former correctement l'ensemble des médecins de ville à ces sujets plutôt que de mettre en place un corps de spécialistes régionaux enfermés dans des dogmes.

- la seconde, c'est qu'il faut considérer que le corps n'est pas que matière, il est message, il est identité. Or l'anatomie n'est porteuse de message que dans l'intimité. L'essentiel du message envoyé par le corps l'est par sa parure, par des détails extérieurs visibles qui vont coder l'identité sociale. Le mâle qui se présente revêtu des vêtements et maquillage d'une femme a bien, lui aussi, un corps transformé. Et ce corps envoie le message "considérez-moi comme une femme". La question est : pourquoi cela est-il si difficile à accepter par notre société ? Quels tabous encore plus terribles que le changement chirurgical de sexe cela transgresse-t-il ?

La revendication d'un changement d'état civil, même sans perspective d'opération est devenue là aussi la revendication essentielle. L'évolution juridique, sous la pression de la promotion des droits de l'homme au niveau international, pourrait faire considérer que notre anatomie est une affaire purement privée et donner naissance à un véritable "droit à choisir son genre" indépendamment de son anatomie sexuelle. C'est ce qui ressort des "Principes de Yogyakarta" de 2005 et du rapport de Thomas Hammarberg cité plus haut. Nous rejoindrions là peut-être la sagesse des indiens Berdaches qui offraient la possibilité aux hommes adolescents de poursuivre leur vie en tant que femmes...

Conclusion générale

Au final, la question de la transformation du corps sous l'effet d'une transidentité ressentie n'est pas tant une question de technique médicale qu'une question d'acceptation sociale.

Ce dont "souffrent" essentiellement les personnes transidentitaires, c'est de la honte, de la culpabilité, des rapports gâchés avec leur entourage, leur travail, etc. qui peuvent effectivement les conduire à des actes désespérés. Il conviendrait donc de mettre en place des dispositifs sociaux à destination de toute personne se questionnant sur son genre. Ces dispositifs pourraient être les suivants :

- . L'accueillir dans le respect de son identité de genre.
- . L'écouter sans la juger.
- . L'accompagner dans l'élaboration de qui elle est vraiment et de ce qu'elle veut.
- . L'aider à la prise de décision éclairée et responsable quant aux modifications à apporter à son corps social (habillé) et/ou son corps intime.

- . L'aider à la conduite de son projet personnel : soins esthétiques, vocaux, médicaux, relooking, apprentissage d'un nouveau maintien, expériences de "real life".
- . La soutenir dans ses démarches vis-à-vis de son entourage familial et social (à l'école ou dans son entreprise).
- . L'aider à l'obtention d'un nouvel état civil et d'une nouvelle carte vitale.

Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive.