

FRANÇOISE SIRONI
PSYCHOLOGUE – PSYCHOTHERAPEUTE
CENTRE GEORGES DEVEREUX
MAITRE DE CONFERENCES – UNIVERSITE PARIS 8

LA METAMORPHOSE HUMAINE.
APPROCHE ETHNOPSCHIATRIQUE
DE LA TRANSSEXUALITE

Association Genevoise pour l'Ethnopsychiatrie. 28 janvier 2005.

Chers amis, chers participants,

Je vous remercie d'être venus ce soir pour réfléchir à un sujet qui, c'est le moins qu'on puisse dire, ne va pas de soi, y compris à notre époque. Je remercie tout particulièrement les collègues d'Appartenances et ceux de l'Association Genevoise pour l'Ethnopsychiatrie, d'avoir pris à bras le corps, la décision de traiter ce sujet. . Il est vrai que la question de la transsexualité peut choquer certains, heurter d'autres, fasciner d'autres encore.

Ce soir il ne sera pas question *que*, de transsexualité. Il ne sera pas question *que*, de métamorphose, il ne sera pas question *que* d'ethnopsychiatrie. Il sera question de penser une pratique non discréditante, de présenter ce que l'ethnopsychiatrie d'aujourd'hui peut apporter à la question de la métamorphose humaine, vue sous un angle contemporain précis : celui de l'expérience transsexuelle. Nous verrons comment l'ethnopsychiatrie s'y prend pour ne pas discréditer une communauté, mais pour la penser en ses richesses, en ses ressources propres.

Comme nous le savons tous, les pratiques cliniques et sociales sont très fortement influencées par les théories politiques, sociales, psychologiques, économiques ou morales d'une époque donnée. Les pratiques cliniques, les pratiques sociales ont un impact direct sur les personnes, les groupes, les communautés, les familles, sur l'ensemble de la société. Elles peuvent agir sur un mode intégratif, normatif, pour "formater" les personnes ou les groupes à l'idéologie sociale dominante. Et à l'inverse, elles peuvent constituer un terreau, celui de véritables stratégies de résistance et de récalcitrances pour ne plus servir de caution scientifique, refuser de discréditer des minorités actives ou encore timidement balbutiantes, refuser de discréditer les laissés pour compte des théories et des pratiques dominantes dans une société donnée.

Les choix des théories sous jacentes à nos pratiques cliniques, médicales, sociales, juridiques, sont donc en réalité, des choix *politiques*, au sens large du terme. Toutes les possibilités de changement de théories et de pratiques, dans le domaine psychologique, social, politique, économique, sont possibles, dans chaque société. Ne l'oublions pas, les changements de mentalité (c'est-à-dire de psychologie collective) s'opèrent parfois avec une étonnante rapidité, tant pour le pire (les horreurs génocidaires ou celles dues à la folie d'un tyran) que pour le meilleur.

A l'aube de ce millénaire, nous parions qu'il est possible de construire des changements positifs, qu'il est possible de construire une humanité véritablement intégrée, intelligente et respectueuse de tous les particularismes. C'est un défi.

L'ethnopsychiatrie fait acte de candidature.

I°) L'ETHNOPSYCHIATRIE AUJOURD'HUI.

L'ethnopsychiatrie est assurément fille de l'antipsychiatrie, du fait qu'elle opère une déconstruction systématique des catégories avec lesquels nous pensons, dans la société occidentale, les désordres, les étrangetés ou autres "anomalies" (entre guillemets). Elle libère alors un sens préalablement existant et qui a été enfoui, conformément au modèle foucauldien des savoirs dominants recouvrant les savoirs assujettis, et ce quelles que soient les sociétés.

Le point de vue déconstructiviste appelle des propositions constructivistes. Sinon, la critique demeurera stérile. L'ethnopsychiatrie permet, favorise l'innovation, la création, pour constamment adapter nos pratiques cliniques aux problématiques contemporaines. Au centre d'ethnopsychiatrie Georges Devereux, créé par Tobie Nathan en 1993, nous recevons des populations migrantes. Mais pas uniquement. Au fur et à mesure, l'ethnopsychiatrie a gagné de la pertinence dans de nouveaux champs d'application de la société contemporaine, ceux où se révélaient les nouvelles problématiques contemporaines.

Aujourd'hui, au centre Georges Devereux, nous traitons des populations, non des sujets. Nous traitons des populations migrantes, des mineurs isolés (qui arrivent de Chine, d'Angola,...), des victimes de traumatismes intentionnels, des auteurs de violences collectives (au centre ou sur le terrain), des pauvres (sur le terrain), des "récalcitrants de la médecine", des enfants de survivants de la Shoah, des enfants d'immigrés italiens (pour une recherche doctorale spécifique). De même, traitons-nous des *problématiques*, non des *psychopathologies* : viols en réunion, conversions religieuses idéologiques, adoptions internationales, parcours transsexuels, sortants de sectes, psychothérapies abusives,...

L'ethnopsychiatrie, tel que l'a construite Tobie Nathan est profondément clinique, inscrite dans des pratiques thérapeutiques non figées. Elle est multiple, critique, contradictoire à dessein. Georges Devereux, qui avait posé les jalons décisifs de cette discipline, s'exerçait encore à la penser en

référence à la psychanalyse. Juste préoccupation, à l'époque de la domination théorique et clinique de la psychanalyse. Aujourd'hui, l'ethnopsychiatrie moderne s'est totalement affranchie de la domination des théories psychanalytiques. Elle n'est ni pour, ni contre, elle est assurément ailleurs.

L'ethnopsychiatrie est une psychologie culturellement informée; la culture étant entendue au sens large du terme, au sens de monde, de populations, de spécificités caractérisant des communautés. Il s'agit d'une approche vraiment hospitalière, du fait qu'elle n'oblige pas les étrangers, où ceux qui sont "particuliers" dans notre société comme les personnes transsexuelles par exemple, de se présenter conformément aux critères et aux codes en vigueur dans la société. Celui qui adopte l'approche ethnopsychiatrique reçoit l'autre en le pensant riche de sensations, de pensées et d'intentionnalités différentes des nôtres.

Cette discipline accepte de penser que l'autre est lié à d'autres forces que les siennes, d'autres théories de l'existence que les siennes, d'autres ressources, d'autres loyautés, d'autres devoirs. Cette approche constitue de ce fait, une vraie leçon d'altérité. Ce n'est pas une discipline susceptible de délivrer des messages sur le sens de la vie, ni sur les devoirs envers de, soit disant, traditions culturelles, ou familiales, ... Non !

L'ethnopsychiatrie est une manière positive et constructive de rentrer en contact avec les patients (les clients). Cette approche s'intéresse délibérément non seulement aux désordres, aux pathologies des personnes, mais à leurs compétences, à leurs ressources, à leurs forces propres. Elle est une clé de voûte au-delà des dichotomies que la psychologie instaure entre le normal et le pathologique, entre la norme et la marge.

L'ethnopsychiatrie cherche à construire plus de scientificité dans les psychothérapies et dans les dispositifs de construction (de fabrication) de personnes. C'est pourquoi elle s'intéresse à toutes les techniques thérapeutiques, initiatiques, pédagogiques, sans exception. Elle s'intéresse à tous types d'objets qu'utilisent les thérapeutes et les initiateurs : médicaments, livres, prières, concepts techniques, techniques de transmission,... L'ethnopsychiatrie s'intéresse également à la fabrication des thérapeutes, par quoi ils sont agis pour devenir eux-mêmes objets de transmission.

Le sujet individuel, réduit aux seules intentionnalités intrapsychiques, n'est plus le centre de la scène ethnopsychiatrique. Il devient le lieu d'expression d'intentionnalités, d'entre captures, au sens de Gilles Deleuze, c'est-à-dire sur le modèle de la guêpe et de l'orchidée. La guêpe a besoin de l'orchidée pour

se nourrir et fabriquer son suc; l'orchidée a besoin de la guêpe pour pouvoir être fécondée par le pollen des autres fleurs que la guêpe transporte au bout de ses pattes. Nous sommes tous des interactifs hybrides, fait de combinaisons d'éléments qui transcendent les frontières entre notre "dedans" et notre "dehors".

L'ethnopsychiatrie s'inscrit dans une dimension constructiviste qui permet de penser la modernité. Elle fait l'écologie d'êtres nouvellement apparus (techniques, disciplines, faits sociaux, populations, transsexuelles, ici en l'occurrence,...). Notre approche les présente, les décrit, cherche à en comprendre leurs caractéristiques spécifiques. Elle montre également ce que ces nouveaux objets ou ces nouveaux êtres construisent, à quelles ritualités ils contraignent, et quelles sont leurs exigences respectives.

L'ethnopsychiatrie contraint à la décentration pour pouvoir entrer, autant que faire se peut, dans d'autres logiques de pensées qui sont différentes des nôtres. Par exemple les personnes transsexuelles ne sont pas des martiens, certes; elles ont cependant leur propre quête, leurs propres exigences, leur propre souffrance, leurs propres forces. Avant de les penser identique à tous les humains, l'ethnopsychiatrie leur propose de nous montrer en quoi elles sont singulières, pour leur éviter la pénible farce de toujours devoir se montrer conformément aux stéréotypes attendus ou, au contraire, pour s'en détacher avec vigueur. Leur vérité n'est ni dans un extrême, ni dans un autre.

L'ethnopsychiatrie crée également les conditions d'application de logiques de pensées issues de mondes traditionnels, et appliquées à des problématiques totalement contemporaines comme la transsexualité par exemple, pour lesquels les échecs thérapeutiques sont massifs. Ceci est du au fait que la transsexualité est encore trop souvent pensée, par les professionnels du soins, en terme d'exigence de "renoncement à la transsexualité". Ceci constitue un exemple de violence inouïe que produit la normativité dans une discipline appelée sciences humaines, mais qui ne pense l'humain qu'en fonction de catégories diagnostiques pré-établies, figées, résistantes aux changements.

Parler en terme de problématiques émergentes, de nouvelles populations cliniques par exemple, permet de penser celles-ci en leur spécificité. Cela permet également aux cliniciens de sortir de leurs catégories nosographiques habituelles. En ethnopsychiatrie, nous partons toujours de l'observation, du point de vue du patient et /ou de ses représentants. Ce principe méthodologique, nous l'appelons "la mise en position d'expertise" du patient, du sujet, du groupe concerné. La personne transsexuelle, dans le cas qui nous occupe, devient alors un informateur de son monde. Cela ne veut pas dire que le

clinicien perd le sien, bien au contraire! Il s'agit de construire un parlement contradictoire, le cas échéant, mais jamais insultant, ni pour les uns, ni pour les autres. Le thérapeute doit être capable de se décentrer au point de rentrer dans le monde de l'autre, mais sans jamais perdre le sien. De cette mise en tension des mondes, des théories, des exigences, naît une pratique clinique riche et constructive. Le thérapeute admet le principe d'entre-capture, si cher à Gilles Deleuze. Il y a co-construction de sens par l'entre capture. La construction clinique, la construction thérapeutique fonctionne alors véritablement comme un parlement démocratique et éthique entre un groupe de patients experts, un groupe de thérapeutes, qui apprend en acceptant de se laisser déformer provisoirement, et les exigences de la recherche qui va toujours explorer au-delà des limites des catégories et des savoirs préalablement établis.

L'ethnopsychiatrie ne discrédite aucune théorie, aucune pratique thérapeutique sous prétexte qu'elles sont basées sur d'autres prémisses théoriques, ou d'autres visions du monde. Cette discipline met sur un même pied d'égalité les théories occidentales contemporaines dominantes dans le champ des sciences et des pratiques humaines (médecine incluse) et les théories culturelles comme la sorcellerie, les pratiques chamaniques,... bref, tous les systèmes de guérison traditionnels ou modernes qui sont pratiqués au monde. Ceci est nécessaire pour traiter des patients venant d'autres univers culturels, ou qui se présentent avec des problématiques nouvelles comme la transsexualité.

L'approche ethnopsychiatrique se fait également forte d'apprendre des autres cultures et d'inclure, dans une pratique thérapeutique, des procédés techniques efficaces provenant d'autres modélisations du traitement psychothérapeutique.

II°) LA QUESTION DE LA METAMORPHOSE

La question de la métamorphose est à la fois mythe et réalité :

- *Mythe*, parce que c'est ce par quoi les groupes sectaires capturent les personnes, en leur promettant une métamorphose, un changement radical d'identité, une appartenance. Le piège, le leurre consiste à faire du désir de capture métamorphosique un état, et non un processus. La métamorphose devient cette promesse, jamais atteinte, qui fascine, capture, puis déçoit, laissant le sujet déstructuré et vide, dans sa quête de sens.

- *Réalité*, parce que des vrais processus de changements psychologiques et physiques, des métamorphoses peuvent être opérées : délibérément, par marquage traumatique, comme sous la torture, lors des rituels initiatiques, ou de rites de passage dans des sociétés traditionnelles ou des sociétés secrètes.

La question de la métamorphose est un thème récurrent. Ovide, dans son fameux traité des métamorphoses, recensa toutes les expériences de métamorphoses prêtées aux humains dans les récits, contes et mythes. Les métamorphoses ne sont pas qu'humaines, elles sont trans-règne. Ovide consigne des métamorphoses d'humains en animal, en végétal en minéral. Dans les initiations chamaniques, les chamans traversent des expériences de changement identitaire "homme/femme". Plus tard, ils peuvent se métamorphoser en oiseau dans leur quête de l'âme capturée d'un malade qu'ils traitent. Leur métamorphose en minéral ou en végétal, par l'intercession d'absorption de substances, est chose courante.

Dans la modernité, où toutes les transmissions de savoirs fonctionnent majoritairement sur le mode pédagogique et non plus initiatique, ces expériences ne sont plus explicitement organisées.

Pourtant de réelles métamorphoses, s'opèrent dans la modernité. Elles sont moins visibles, et s'opèrent, à bas bruit au travers de parcours et d'expériences de vie, avec une grande efficacité. Quand elles ratent, elles apparaissent au grand jour, pour qui sait les décoder. Elles produiront des symptômes psychopathologiques précis: ceux d'une organisation traumatique interrompue. Quand elles réussissent ses métamorphoses sont muettes dans le corps social, comme le poisson qui n'a pas conscience de l'eau.

Plusieurs expériences contemporaines de fabrication d'identité confèrent à la métamorphose.

- Les migrations et changements identitaires drastiques : expérience de mutation d'un monde social, culturel à un autre, passage brutal d'une vie paysanne à une vie citadine, disparition des mondes ouvriers , de villages entiers, de savoirs faire par les délocalisations,... Ce sont les laissés pour compte de l'histoire collective.

- Il s'agit également de traumatismes sexuels dans l'enfance, ou d'expériences de violences, de terreurs, d'assujettissement par des plus grands à l'école. Ces expériences traumatiques précoces agissent comme de puissants marqueurs identitaires. Ils vont déterminer, sur le mode de l'organisation traumatique, tout le devenir futur d'une personne.

- Les violences, quand il s'agit de jeunes adultes, souvent issus de la migration, sont souvent un équivalent solitaire d'une ritualité disparue du fait que nous vivons dans une société à modèle pédagogique, et non plus initiatique, d'où sont issus leurs ancêtres.

Dans plusieurs parcours biographiques et devenirs des personnes transsexuelles ou de leurs proches ancêtres, ces expériences antérieures de changement brutal, d'acculturation violente ou de déculturation ont été retrouvées et travaillées au cours de l'accompagnement psychologique. Mais elles ne sont cependant pas spécifiques aux personnes transsexuelles. Elles sont simplement un point de travail systématique dans l'accompagnement psychologique de leur parcours, ou lors d'une psychothérapie réparatrice.

Si le point de vue causaliste est pris en compte, il faut savoir que l'ethnopsychiatrie travaille surtout au devenir des personnes. Elle s'intéresse préférentiellement à la question de la fabrication, du "façonnage" humain, aux expériences de construction d'humains qui sont décisives pour chacun de nous. C'est pourquoi l'ethnopsychiatrie d'aujourd'hui a transcendé la question d'une pratique spécifiquement adressée aux migrants, ce qui était le premier temps de l'histoire clinique de cette discipline. L'ethnopsychiatrie, aujourd'hui, au centre Georges Devereux, travaille beaucoup sur certains concepts comme celui d'appartenance (appartenance à la psychologie, à l'université, appartenance à une divinité, à son groupe -de transsexuels par exemple, appartenance à une philosophie de l'existence, à un corps de métier). Nous travaillons beaucoup sur et avec le concept d'attachement, de construction ou de fabrication d'identité, et sur le concept de devenir. Le sociologue des innovations Bruno Latour, propose de dépasser le dilemme existant entre la pensée d'un homme libre, idéalement sans attaches ni obligations (en somme, très souvent l'idéal occidental) et la pensée d'un homme attaché, entravé par ses attaches. Nous sommes tous attachés, appartenant. Mais c'est la nature des attachements, ce qu'ils nous font faire, ou nous empêche de faire, qui devient intéressante.

III°) REGARD ANTHROPOLOGIQUE SUR LA TRANSSEXUALITE ET SUR LES TRANSGENRES

Si les technologies modernes offrent à ce jour, une réalisation techniquement faisable de cette métamorphose en mobilisant de multiples professionnels (endocrinologues, psychiatres, psychologues, chirurgiens, esthéticiens, phoniâtres, jugeS pour les changement d'identité à l'état civil,...), elles ne

fournissent pas de sens transcendant à cette expérience de métamorphose, un sens qui aide à vivre, et non à déprimer.

Les transsexuels, dans la modernité, sont victimes d'un vide de sens. Beaucoup de sociétés humaines ont des exemples de transsexuels, qui ne portent pas ce nom. De même le découpage entre homosexuels, transsexuels ou travestis ne se fait pas comme dans les sociétés occidentalisées. En voici quelques illustrations :

- Les Berdaches, dans de nombreuses tribus nord américaines, désignent, aujourd'hui encore, soit des hommes qui se conduisent comme des femmes (l'inverse est d'ailleurs beaucoup plus rarement décrit), une personne qui a changé de sexe, un homme-femme, ou une personne qui n'est ni homme ni femme (Masters). Les berdaches peuvent se marier avec un homme, mais n'ont pas d'enfants.

- Il en va de même pour les Fa'afafines, dans les Iles Samoa.

- Dans les Iles Tongas, l'irruption des modes de vie occidentaux et la théorie occidentale du découpage dimorphique est venue perturber l'existence de cette communauté appelée Fakafafine.

- Les Xaniths vivent dans le sultanat d'Oman. Ce sont des prostitués mâles, décrits comme étant des êtres doux, impuissants et efféminés. Leur fonction sociale est reconnue. Leur identification est non-masculine. Elle peut être temporaire. Sitôt qu'ils se montrent capables "d'être des hommes comme les autres", ils ne sont plus Xanith. Un rapprochement peut être opéré avec l'archétype de la bisexualité dans l'antiquité grecque et romaine, à savoir la bisexualité successive chez un même être humain.

- Les Hijras forment une communauté de castrats, reconnue en Inde. Ils seraient 100 000 à travers l'ensemble de l'Inde. Cette communauté est un monde à part qui ne répond qu'à ses propres lois. Elle est une sorte de secte, de mafia, au demeurant fort efficace. Cette communauté est en marge de la société indienne mais elle y est néanmoins bien intégrée. Les communautés Hijras se réunissent en congrès à travers l'Inde. Les Hijras forment une communauté très structurée de *chelas* (disciples) regroupées autour des gurus. Une parenté s'y organise. La dépendance financière au guru est totale. Les indiens n'aiment pas particulièrement les Hijras. Ils les craignent, en fait. Les Hijras suscitent de l'inquiétude. Si on refuse une aumône à un Hijra, ce dernier relève son sari pour montrer ce qu'il n'a plus. Et c'est cette vision organisée de l'effroi qui est censée porter malheur et attirer le mauvais œil.

En Occident, les transsexuels nous montrent que les catégories d'identité de genre (masculin, féminin) ne sont pas des identités naturelles, mais des fabrications sociales et culturelles, strictement verrouillées, et étroitement surveillées. Ces catégories sont le socle qui permet de pérenniser un mode d'existence social, économique et culturel dominant dans une société, à un moment donné de son existence. Si nous nous fions au destin de l'homosexualité, il semblerait que la modernité contemporaine ait fait le choix d'inclure, d'intégrer, d'absorber les marginalités, pour les dissoudre dans les modèles normatifs de la majorité (mariage homosexuel, homoparentalité,...), ce que Michel Foucault prédisait et dénonçait déjà avec le plus grand mépris pour cette forme de capture et de formatage sexuel.

Revenons à l'identité de genre (masculin/féminin). Des stéréotypes réputés normatifs et ethnocentristes de l'identité sexuelle "dimorphique", rangent chacun exclusivement ou du côté des femmes ou du côté des hommes. Au-delà de la contestation du binarisme biologisant sous-jacente à la conception de l'identité sexuelle, il y a aujourd'hui les transgenres. Ils nous montrent que les identités de genre ne sont ni naturelles, ni stables au cours d'une même existence.

IV°) UNE CONSULTATION ETHNOPSYCHIATRIQUE ET UN GROUPE DE RECHERCHE CONSACRES AUX PERSONNES TRANSSEXUELLES.

L'ethnopsychiatrie, c'est également le nom d'un dispositif thérapeutique particulier. Nous allons brièvement en décrire les principes, à travers l'exemple de la consultation que nous dirigeons, et qui est consacrée aux personnes transsexuelles. Créée en 1996 au centre Georges Devereux, cette consultation et ce groupe de recherche accueille plusieurs types de demandes :

- Des demandes de psychothérapies individuelles, de couple ou familiales.
- Des témoignages de personnes transsexuelles sur leur parcours de métamorphose.
- Des demandes de la part de collègues (psychologues, médecins) qui viennent chercher une aide pour le suivi de personnes transsexuelles dont elles ont la charge.

Lorsque nous traitons des patients selon l'approche ethnopsychiatrique, la prise en charge se fait généralement en présence de tous les représentants concernés par le problème. Participent au dispositif thérapeutique: le patient qui vient seul, en couple ou accompagné de membres de sa famille,

de proches ou de moins proches (voisins, amis, si le patient le souhaite), les acteurs sociaux, éducatifs, médicaux, psychologiques qui suivent le patient, les membres d'une association regroupant les personnes transsexuelles ou luttant pour leur défense comme l'ASB, ou le Caritig par exemple. Les personnes transsexuelles nous sont adressées par des associations, par des professionnels de la santé, par des institutions qui sont en échec thérapeutique du fait de la difficulté à prendre en compte la transsexualité sans la discréditer, sans la pathologiser. Il leur manque un outil de mode d'entrée en contact pour traiter, soigner la souffrance, sans toucher à la transsexualité, quand celle-ci n'est pas l'expression, passagère, d'une psychopathologie.

La consultation ethnopsychiatrique est animée par un thérapeute principal, psychologue de formation, universitaire rattaché au laboratoire de recherche en ethnopsychiatrie de l'université de Paris 8. Il est assisté par un ou plusieurs co-thérapeutes et par un médiateur ethno-clinicien (spécialiste du monde du patient, ici en l'occurrence une personne transsexuelle). Participent également à la consultation des "invités extérieurs", avec l'accord du patient bien évidemment. Ces invités le sont au titre de leur compétence qui vont permettre d'éclairer la problématique du patient. Ils peuvent être médecins, endocrinologues, anthropologues, philosophes, religieux,... ou concernés par la même problématique ou par une problématique connexe eu égard à un vécu minoritaire (comme par exemple la participation, avec l'accord du patient, de personnes homosexuelles). Ce dispositif empêche le thérapeute d'interpréter de façon incorrecte des données qui seraient attribuées à la psychologie du patient, au lieu d'y voir la marque d'une fabrication identitaire, non réductible aux vicissitudes de la petite enfance où à une quelconque névrose ou psychose à traiter, chez un patient à surveiller ... ou à punir.

V°) MALTRAITANCE THEORIQUE ET PARCOURS TRANSSEXUEL. SURVEILLER OU PUNIR?

La célèbre formule de Michel Foucault valant pour décrire le sort de toutes les minorités actives, elle vaut également pour décrire l'histoire de la transsexualité. Nous ne pouvons par reprendre, ici tout l'historique de la question transsexuelle. Notons cependant qu'elle suit la même logique que celle de la communauté homosexuelle : l'inexpliqué, l'étrange générant le rejet, la condamnation à mort dans certains pays, (comme pour les homo dans les années 50), fut historiquement suivie par le statut de malade. De délinquant, de hors la loi, on devient malade. Magnus Hirschfeld, premier médecin à considérer la transsexualité avec sérieux, la fit passer du statut de délit à celui de "maladie".

L'invention du terme *Transsexualité* date de 1912 et revient à un médecin berlinois, Magnus Hirschfeld. En 1949, le psychiatre D.O. Cauldwell reprit cette dénomination pour décrire le cas d'une fille qui "manifestait le désir obsessionnel d'être un garçon" (*sic*). Il donne à cette obsession le nom de *psychopathia trans-sexualis*. Ce sera désormais une pathologie rattachée à la catégorie des perversions sexuelles¹. Le 18 Décembre 1953, lors d'une conférence devant la New York Academy of Medicine, Harry Benjamin proposa à ses confrères de définir la transsexualité comme un *syndrome*, et non plus comme une perversion ou comme une psychose. Ce réajustement nosographique avait pour avantage d'atténuer la "gravité" de la transsexualité, en la faisant passer de l'état de "perversion" et de "psychose", celui de "trouble de l'identité"².

C'est en 1951, au Danemark, qu'a lieu la première opération de changement de sexe ou "réassignation" globale. En réalité, la première opération de transsexuel, qui consistait en une mastectomie bilatérale, avait déjà eu lieu à Berlin en 1912. Au Danemark, une équipe pluridisciplinaire, composée de médecins danois et dirigée par le docteur Hamburger, publie avec l'accord de la patiente, les résultats de l'opération de réassignation de Christine (ex Georges) Jorgensen. Cette opération a été très médiatisée à l'époque. En 1967, Christine Jorgensen complète la publication de l'équipe médicale par une autobiographie³.

Le parallélisme avec les avancées historiques de la communauté homosexuelle est tout à fait pertinent. Aujourd'hui, l'homosexualité est considérée non plus comme un délit, non plus comme une maladie (perversion), mais comme une orientation sexuelle. Tout comme l'homosexualité, la transsexualité (c'est-à-dire le fait de se sentir homme, l'absolue conviction de ne pas être femme, d'être née dans un corps qui n'est pas le sien, et vice et versa) suit le même chemin. Avant, la transsexualité était un phénomène honteux, faisant souffrir, dans le plus grand isolement de son brûlant secret. Aujourd'hui, la transsexualité est sortie de cet isolement individuel, les transsexuels se regroupent en communautés, associations, nationales, européennes et internationales. Aujourd'hui, les personnes transsexuelles réclament des droits, entre autre celui d'avoir gratuitement accès aux opérations et de ne pas être considérées comme des malades, mais comme des usagers de la chirurgie, dans un parcours de construction de soi, particulier certes, mais assurément non pathologique.

¹ Cauldwell, D.O. (1949) *Psychopathia transsexualis*. *Sexology*, 16, 1949, p. 274-280.

² Benjamin, H. (1953) *Travestism and transsexualism*. *International Journal of Sexology*, 7, 1, 1953, p. 12-14.

³ Jorgensen, C. (1967) *Christine Jorgensen: A personal autobiography*, Ed. Paul S. Eriksson, New York

En France, les candidats à la réassignation identitaire doivent passer par un vrai "parcours du combattant". Avant l'accès aux prises d'hormones sexuelles, aux opérations de changement de sexe, à l'épilation et à la phoniatrie pour les "MTF", le candidat transsexuel doit passer par une psychothérapie obligatoire.

On pourrait presque croire que c'est pour discréditer les personnes transsexuelles, que des cliniciens les ont rangés dans la catégorie "psychotiques" ou "pervers", pour pouvoir continuer à nosographier en rond et éviter d'être bousculé dans leur absolue certitude et dans le fondement même de leur être. La méthode ethnopsychiatrique nous a habitué à rentrer dans le monde des autres, aussi éloigné fut-il, évitant ainsi de produire de la maltraitance théorique pour les personnes transsexuelles, et un fracas identitaire pour les thérapeutes.

Des théories et des pratiques peuvent fonctionner comme une véritable maltraitance quand elles ne sont pas capables d'accueillir l'expérience de vie du consultant. Que cette expérience de vie soit "pathologique" ou "normale", un dispositif thérapeutique, une théorie, une méthodologie d'approche doivent être capables d'intégrer *aussi* le point de vue du patient, de penser *avec lui* ce qui lui arrive, et non pas *contre lui*. J'appelle donc *maltraitance par les théories et les pratiques*, les situations d'utilisation de techniques et de théories inadéquates par les thérapeutes et dont on peut observer la trace, la marque dans les symptômes que les patients vont développer en réaction : syndrome de persécution, méfiance, agressivité, agitation, dépression, auto-dévalorisation, tentatives de suicides,...

Ce qu'il faut bien appeler une "psychothérapie coercitive" puisque l'objectif réel du psychiatre est de "tester" l'irréversibilité de leur demande⁴, fonctionne comme un préalable au "feu vert" donné par lui à l'accès aux traitement hormonal. Il arrive fréquemment que des personnes transsexuelles acceptent de se faire "suivre" pendant des années sans jamais obtenir ce "feu vert". Les raisons de ce refus reposent souvent sur des arguments très peu scientifiques, comme en témoignent les personnes que nous avons suivies : "*Vous n'êtes pas crédibles*". "*Vous avez une femme, des enfants et vous êtes bien inséré socialement*" dit un psychiatre à sa "patiente", qui est chef de laboratoire de recherche en biologie moléculaire.

La passation de tests psychologiques projectifs (le Rorschach), souvent obligatoire, constitue une autre source de discrédit et d'inquiétude chez les personnes transsexuelles. Ignorant les conséquences de

⁴ Et ce, quelles que soient les qualités humaines de certains psychiatres mis en avant par les personnes transsexuelles que nous connaissons.

ces tests sur leur démarche transsexuelle, les concernés ajustent délibérément leurs réponses à ce qu'ils croient être attendu d'eux par la psychologue, eu égard à leur supposée "masculinité" ou "féminité". Voilà ce qu'en a dit Florian, FTM : *"Une des questions qui m'a beaucoup surpris était "Etes-vous constipé? J'hésitais à répondre car je me demandais quel pouvait bien être le lien entre la transsexualité et la constipation... Puis on m'a montré des taches d'encre. Sur une de ces photos (sic) j'ai vu deux femmes avec un pilon. J'ai immédiatement perçu une femme avec un grand phallus. Mais je me suis dit que si je disais cela à la psychologue, je ne sais pas ce qu'elle ferait de la réponse. Peut-être que cela ne serait pas bon pour moi"*.

Dans la pratique clinique contemporaine en France et dans bien d'autre pays, les personnes transsexuelles sont des témoins et des victimes de cet abus de pouvoir qui s'inscrit dans une absence totale de réciprocité, où il est souvent question d'une guerre d'influence et de contre-influence dans les consultations "psy".

Dans l'ouvrage collectif intitulé *Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme*, figure une retranscription d'un entretien entre Jacques Lacan et un patient transsexuel. L'entretien s'apparente à un bras de fer entre la théorie de Jacques Lacan et celle du patient, Michel H. Jacques Lacan essaie de convaincre Michel H. de l'aberration de sa transsexualité. *"C'est terrible d'être un homme"* dit le patient de Jacques Lacan. *"C'est terrible, mais il faut que vous vous y fassiez"* lui rétorque ce dernier. L'entretien se termine sur les salutations de Jacques Lacan à l'égard de son patient : *"Pauvre vieux, au revoir"*⁵.

Il serait utopiste de croire que la société puisse accepter l'idée de métamorphose humaine sans résistance. Mais certaines résistances prêtent encore davantage à conséquence quand elles émanent de professionnels de la santé qui s'occupent de personnes transsexuelles. Voici ce qu'écrit Colette Chiland, psychiatre et professeur de psychologie. *"Ils (les transsexuels) ont en commun de ne pas se reconnaître comme malades mentaux, ni mêmes comme malades. S'ils consultent un médecin, c'est qu'ils ont besoin de lui pour leur restituer leur vrai corps. Mais ils devront permettre qu'on les nomme patients, car tous souffrent, ils sont même si pathétiques qu'ils finissent par entraîner les médecins dans un affolement de la boussole du sexe et obtenir d'eux au finish ce qu'ils ont décidé d'obtenir"* ⁶.

⁵ Lacan, J. (1996) Entretien avec Michel H. ; introduction par M. Czermak. In *Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme*. Ouvrage collectif. Ed. Association Freudienne Internationale, Paris, p. 343 et p. 347.

⁶ Chiland, C. (1997) *idem*, p. 41.

Les professionnels en sciences humaines (psychologues, psychiatres, médecins, travailleurs sociaux, éducateurs, juges, anthropologues,...) prétendent parfois agir au nom d'un savoir, celui qui s'est construit au sein de leur discipline, alors qu'en fait ils agissent en leur nom propre; plus exactement, ils mettent leur intelligence au service d'une idéologie, ou d'une morale. Ils ne prennent pas en compte la façon dont l'objet de leur pratique agit sur eux. Colette Chiland décrit très crûment cet impact : " *On ne dit pas madame ou mademoiselle à qui porte barbe ou moustache. A un niveau plus profond, j'aurais du mal à considérer comme un homme celui qui ne serait pas – virtuellement – capable de me pénétrer, et je n'ai pas peur de me faire piéger dans ma vie privée par un transsexuel FM⁷ parce que le critère de surface (le genre d'arrivée) en costume d'Adam est parlant.* " ⁸. Plus loin, en parlant de la femme d'un de ses patients transsexuel FM, Colette Chiland écrit : " *La première fois où je fais connaissance de 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*" ⁹.

Ces propos ne sont pas sans évoquer ce qu'écrivait Sandor Ferenczi (1873-1933), en 1932, à propos de l'hypocrisie des professionnels du soin : " *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 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*" ¹⁰.

Cette hypocrisie professionnelle n'est pas réductible au contre-transfert. Il s'agit d'une véritable hostilité à l'égard des patients. Les manquements éthiques du thérapeute qui continue de recevoir ces patients en tout état de cause sont gravissimes. Le lien thérapeutique va devenir un lien paradoxal, mortifère, destructeur pour les patients, car construit par de la haine ou, plus probable, de la fascination répulsive. Il serait du meilleur aloi que les thérapeutes le reconnaissent, ou, à défaut, qu'ils soient dénoncés par leurs patients, afin d'arrêter la démolition psychologique dont ces derniers sont victimes. C'est cela qui produit une vraie pathologie, iatrogène, réactionnelle, chez les personnes transsexuelles qui y sont soumises en permanence, dans la plupart des pays au monde.

⁷ Femme vers Homme.

⁸ Chiland, C. (1997) *idem*, p. 80.

⁹ Chiland, C. (1997) *idem*, p. 139.

¹⁰ Ferenczi, S. (1932) Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In *Œuvres complètes*, 4, Ed. Payot, Paris (1982), p. 127.

"Dans la classification américaine des maladies mentales (DSM III) qui se veut exhaustive" écrit le psychiatre Jacques Vigne, "on a numéroté tous les troubles psychiques, sauf la "normose". Pourtant, cela me semble un trouble fort répandu, et dont il n'est pas inutile de parler; j'aurai même tendance à lui donner le premier numéro de la classification,..."¹¹

VI°) L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE METAMORPHOSE HUMAINE.

Prendre conscience, pour un sujet concerné, de la réalité de sa transsexualité, réaliser les multiples transformations physiques et biologiques, revivre après une métamorphose, sont autant d'expériences de vie qui génèrent des souffrances psychologiques spécifiques chez les sujets concernés, et également parmi leur entourage proche, qui vit comme un choc, l'annonce de la transsexualité.

Dans ce cas de construction, de fabrication de personnes qu'est la transsexualité, nous ne parlons pas de psychothérapie, mais plutôt d'accompagnement d'une métamorphose humaine. Les personnes transsexuelles s'adressent à nous soit du fait de leurs difficultés liées à leur parcours de métamorphose (lenteur, opposition des membres de leur famille, des conjoints, perte de leur emploi, doutes, dépression...), soit du fait de problèmes psychologiques antérieurs à leur parcours transsexuel.

Une même expérience, la métamorphose humaine, est en fait le propre de parcours singuliers différenciés. Néanmoins il s'agira toujours de dépsychologiser le sujet, de dissocier cette expérience de vie transsexuelle de toute causalité intra-psychique, ce qui peut paraître étrange à des psy habitués à psychologiser. Dépsychologiser une expérience de vie, cela ne veut pas dire que l'on ne s'occupe pas de la petite enfance des sujets transsexuels, de leur problèmes relationnels actuels ou passé... Cela signifie que l'on observe, analyse, accompagne, traite avec attention le passage, les vicissitudes du chemin, avec ce qu'il développe de difficultés et de réactions, en tant que tel.

La transsexualité a de commun avec l'homosexualité d'être un vécu, une expérience qui peut aussi bien être un symptôme, c'est-à-dire la manifestation de troubles très divers du développement d'un individu, d'une configuration familiale (ex : cas du père du trans dont les cendres du frère étaient gardées dans un pot de Nescafé dans le buffet de cuisine – initiation, affiliation à la "divinité" de l'oncle, au bois de Boulogne, interrompue par le suicide de celui-ci) que d'une expression parfaitement "normale", quoique

¹¹ Vigne, J. (1993) Peut-on guérir d'une normose? In Vigne, J. *Eléments de psychologie spirituelle*. Ed. Albin Michel, Paris, p. 24

singulière, d'une orientation sexuelle (dans le cas de l'homosexualité) ou d'une orientation identitaire (dans le cas de la transsexualité).

Les problèmes psychologiques que viennent exposer les candidats à la métamorphose chirurgicale et biologique (où ceux qui l'ont déjà faite) dans nos consultations, ont une causalité multiple qu'il s'agit de décortiquer.

L'objectif thérapeutique n'est assurément pas, vous l'aurez compris, de venir à bout, coûte que coûte, de la transsexualité, ni de la faire disparaître, attitudes que bien des collègues ont encore quand ils pensent, au fond d'eux-mêmes, avec des théories névrotiques ou psychotiques au sujet de cette expérience. Le thérapeute n'a rien ni pour, ni contre la transsexualité. Il s'intéresse au sujet, à l'expérience de vie, à sa traversée, au devenir du sujet, transsexuel ou pas.

Notre accompagnement consiste, en règle générale, à déculpabiliser les personnes (la culpabilité étant liée à une désaffiliation du groupe familial, du couple et une réaffiliation à un nouveau groupe, celui des mêmes), à assouplir la contrainte identitaire à "jouer" sa caricature et à sortir de "l'assignation à résidence" dans le stéréotype du nouvel "être". Il s'agit d'acquérir ou de réacquérir de la fluidité psychique entre les deux "êtres", celui avant la réassignation de genre ou la prise de conscience de leur transsexualité, et celui qu'ils sont aujourd'hui (fonctionnalité du modèle de la possession). Il s'en suit alors une possible reprise de contact avec les parents, les conjoints, une ouverture plus grande vers une sociabilité "non-transexuelle", et une acceptation d'une sexualité possible : la leur, singulière, à découvrir et à construire, sans honte.

PRINCIPE GENERAL

DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE LA METAMORPHOSE.

1. ETABLIR L'HISTORIQUE INDIVIDUEL DE LA PRISE DE CONSCIENCE DE LA TRANSSEXUALITE, DE LA DECISION ET DU PASSAGE A L'ACTION.

Cet historique repose sur l'analyse de la manière dont la transsexualité est apparue dans vie de chaque personne concernée par la transsexualité : de manière précoce, tardive, comme un vécu honteux,... Il repose aussi sur le récit de la première rencontre avec le mot ou avec le concept de *transsexualité*, possible capture, ou révélation de ce que l'on est déjà (on ne peut être initié qu'à ce que l'on est déjà... sans le savoir).

2. PROCEDER A L'EXPLORATION PHENOMENOLOGIQUE DE LA METAMORPHOSE.

Cet aspect est central dans le suivi psychologique des personnes transsexuelles. Nous nous informons d'abord sur ces points suivants : Où en est la personne actuellement dans son parcours, comment vit-elle ce parcours et sa transsexualité aujourd'hui. Nous nous informons également de ce que la personne *veut*, et jusqu'où elle compte aller dans la transformation de soi. Au sein du groupe de thérapeutes, les personnes décrivent très finement le processus de métamorphose tels qu'elles le vivent ou tel qu'elles l'ont vécu. Des commentaires sont faits tout au long de ce type d'exploration. Ceci montre, en actes, que la transsexualité peut être abordée autrement que seulement entre personnes concernées au sein des associations de défense des personnes transsexuelles (y compris dans ces aspects techniques comme les opérations,...). Cette phénoménologie de la métamorphose va agir dans le sens d'une authentique appropriation de l'expérience du passage. Elle va mettre fin au cloisonnement de la continuité de leur existence. Nous abordons aussi les difficultés qui ont été les leurs : douleurs, impact des complications opératoires au cours de la métamorphose. Ceci remet un sens de sa propre continuité dans la vie des personnes transsexuelles, souvent contraintes, nous l'avons dit, de faire table rase de leur passé et de certaines expériences vécues, pour pouvoir mieux advenir, pensent-ils à tort, dans leur nouvelle forme.

3. ACCEPTER LA PRESENCE TRANSITOIRE OU PERMANENTE D'UN AUTRE EN SOI.

Les personnes transsexuelles renoncent souvent à beaucoup de leurs investissements d'avant la transition : métier, famille, lieu d'habitation, statut social,... Deux raisons concourent à cela : la logique de métamorphose ("du passé faisons table rase") et la difficile acceptation de cette expérience en l'état actuel de la société. Des deuils non faits d'investissements passés sont souvent refoulés.

Or quitter la forme "d'avant", n'implique pas obligatoirement qu'il faille renoncer à tous leurs investissements passés. Nous réhabilitons la présence de cet "autre" qu'ils étaient avant, dans le but de construire les conditions d'émergence d'un investissement narcissique solide de l'identité révélée et vécue au grand jour. Il s'agit d'un procédé paradoxal : agir, dans le "laboratoire" que constitue le dispositif psychologique d'accompagnement de la métamorphose, sur la construction du sentiment de sa propre continuité, et ce afin de mieux investir, dans la réalité, la "nouvelle" identité. La manière qu'a "l'autre", celui d'avant, de se manifester après le passage de catégories, fait aussi l'objet de notre investigation.

4. DEPSYCHIATRISER L'EXPERIENCE TRANSSEXUELLE.

Dépsychiatriser ou dépsychologiser l'expérience transsexuelle est nécessaire auprès des professionnels de la santé et dans la société; c'est également une démarche nécessaire à entreprendre

avec les personnes transsexuelles elle-mêmes. Pourquoi? Malgré le fait que les théories des professionnels soient discréditantes à leur égard, il arrive que les personnes transsexuelles les reprennent à leur propre compte. Elles pensent, tout en le déplorant, que les théories psychologiques soient figées, qu'elles n'ont pas les moyens de contrecarrer des théories des professionnels de la santé. Cela peut accroître leur manque de confiance en elles et induire de la dissonance cognitive entre deux modèles de la transsexualité: endogène (le leur, celui de leur monde) et exogène (celui des professionnels à leur égard). Pour mettre fin à cette dissonance potentielle, nous procédons à une mise à jour systématique des théories avec lesquelles la personne transsexuelle a été pensée par son psychiatre et par les autres professionnels du soin.

5. FAVORISER ET CONSOLIDER LA MULTIPLICITE DES INSCRIPTIONS SOCIALES..

Pour ce faire, nous abordons, au cours du suivi psychologique, l'histoire singulière en l'inscrivant délibérément dans une histoire collective plus large : culturelle, politique, sociale, spirituelle, idéologique,... Nous abordons différents points comme l'histoire du groupe familial et culturel, celle de leurs ancêtres, l'histoire du lieu géographique où ils sont nés, l'histoire des migrations sociales et géographiques de leur famille, les expériences de mutations vécues dans leur famille et dans leur propre existence, la place des religions, des idéologies dans leur vie et dans celle de leur famille... Tous ces aspects font l'objet de discussions et d'analyse au cours du suivi psychologique. Ce travail de consolidation de la multiplicité des inscriptions a eu pour effet de redonner du mouvement dans la vie des personnes transsexuelles.

6. REINSCRIRE LES PERSONNES TRANSSEXUELLES DANS UNE FILIATION.

Parce qu'elles se sont construites dans la résistance, les personnes transsexuelles ont été contraintes de réduire, sur une longue période de temps, leurs préoccupations à un sujet unique: la transsexualité. Conformément à un des modèles de la métamorphose, elles ont souvent fait table rase de leur passé. Or il s'avère parfois nécessaire de réinscrire la personne transsexuelle dans une filiation, notamment quand une souffrance psychologique apparaît du fait de la rupture obligée avec un environnement familial très investi au préalable. Dans ce cas de figure, les événements de vie apparus au cours de la petite enfance, de l'enfance ou de leur vie adulte, les événements familiaux, la fratrie, sont des éléments abordés comme dans n'importe quelle psychothérapie. Seulement, ils ne sont pas systématiquement mis en avant par le thérapeute et ils ne servent pas à interpréter la démarche transsexuelle, comme un conflit non-résolu de la petite enfance.

7. APPARITIONS D'ÉVÉNEMENTS RESOLUTOIRES ET RÉALISATIONS PROFESSIONNELLES.

L'élément le plus marquant réside dans le lien homothétique qui existe entre les changements qui s'opèrent à un niveau individuel et ceux qui s'opèrent à un niveau collectif. Le fait que nous ayons suivi plusieurs personnes transsexuelles d'une même association nous a permis de mesurer l'impact des modifications individuelles sur le degré d'efficacité d'une structure dans son ensemble.

- Le fondateur de l'association s'est investi dans d'autres tâches, notamment dans un travail de fin d'études et d'acquisition de diplômes universitaires. Terminer une transformation passe parfois aussi par une mutation sociale et professionnelle.

- Des opérations décisives dans le parcours transsexuel (phalloplastie, vaginoplastie,...) ont été réalisées au cours de cette période sur les personnes que nous avons suivies ou sur celles qui ont contribué au groupe de recherche.

- Des reprises de travail, des changements et des mutations professionnelles ont eu lieu suite aux consultations d'accompagnement psychologique de la métamorphose.

- L'ouverture vers l'extérieur, tant au niveau individuel que concernant celle de l'association a eu lieu. Une personne transsexuelle MTF que nous avons suivie a retrouvé son ex-épouse, mère de leurs trois enfants, après des années de séparation et elles ont à nouveau vécu ensemble, pendant un certain temps.

- Nous avons constaté une augmentation de la prise de responsabilité émanant de personnes qui, auparavant, ne s'exposaient pas.

CONCLUSION

"Pour observer vraiment, il faut s'être affranchi de tout ce que nous imposent les civilisations, les désirs, les espoirs ou préjugés personnels, les attentes et les peurs individuelles" écrivait Jidhu. Krishnamurti, dans Cette lumière en nous. La vraie méditation, (Paris, Stock, 2000).

Les théories et les pratiques cliniques que nous forgeons, doivent être adaptées aux problématiques que nous traitons et non l'inverse. Nous devons sans cesse créer de nouveaux outils et dispositifs thérapeutiques adéquats aux personnes qui viennent nous consulter.

La transsexualité n'est pas une maladie, n'est pas un vice, n'est pas un choix, n'est pas une fatalité. C'est une contrainte à la métamorphose. A bien des égards, cette expérience est encore une énigme pour la psychologie, pour la médecine, pour la société contemporaine. Mais à défaut de comprendre la cause, ou de vouloir enfermer précocement et sans preuves tangibles, cet objet non encore stabilisé dans une causalité unique, gageons sur un devenir solide des êtres que nous avons la charge d'accompagner dans ce parcours unique. Tel est le rôle des psychologues, psychiatres et psychanalystes : à côté des transsexuels, en gardant notre identité, et sans jamais les discréditer.