

Les mots et les réalités

Colette Chiland

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2011/4 Volume 87**, PAGES 261 À 267
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2011.0768

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-4-page-261?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les mots et les réalités

Colette Chiland

RÉSUMÉ

Ce texte concerne surtout la catégorie F64 « Troubles de l'identité sexuelle » et ne traite ni du parcours de soins, ni de ce que la société décide d'inscrire sur l'état civil des personnes. Il abordera quelques problèmes de terminologie autour du sexe, du genre et de la sexualité, mais sera consacré essentiellement au problème fondamental de la stigmatisation. Changer les mots a certes une certaine valeur symbolique, mais ne stoppe pas le processus de la stigmatisation. Notre culture est remise en chantier par le mouvement LGBTIQ (Lesbien Gay Bi Trans Intersexe Queer) qui pose nombre de questions plus sociétales que médicales ; mais le déni de la réalité biologique ne paraît pas le meilleur fil d'Ariane pour sortir du labyrinthe.

Mots clés : identité, sexe, genre, sexualité, stigmatisation, déni

ABSTRACT

Words and realities. This concerns in particular the F64 category “gender identity disorders” and does not address the treatment pathway, or what the society decides to include on the civil status of persons. It will address some problems of terminology regarding sex, gender and sexuality, but will be primarily mainly devoted to the fundamental problem of stigma. Changing the words certainly has a particular symbolic value, but does not prevent the process of stigmatization. Our culture has been influenced by the LGBTIQ (Lesbian Gay Bi Trans Intersex Queer) movement, that raises many issues which are more societal than medical, but the denial of the biological reality does not seem the best thread of Ariadne to help us out of the maze.

Key words: identity, sexe, gender, sexuality, stigmatization, denial

RESUMEN

Las palabras y las realidades. Este texto concierne sobre todo la categoría F64 “Trastornos de la identidad sexual” y no trata ni el recorrido de cuidados ni lo que la sociedad decide apuntar en el registro civil de la población. Abordará algunos problemas de terminología en torno al sexo, del género y de la sexualidad, pero estará dedicado más que nada al problema fundamental de la estigmatización. Cambiar las palabras cierto es que no deja de tener cierto valor simbólico, pero no detiene el proceso de la estigmatización. Nuestra cultura la vuelve a poner en marcha el movimiento LGBTIQ (Lesbian Gay Bi Trans Intersexe Queer) que plantea hartas cuestiones más societales que médicas; pero la denegación de la realidad biológica no parece el mejor hilo de Ariadna para salir del laberinto.

Palabras claves : identidad, sexo, género, sexualidad, estigmatización, denegación

Psychiatre et psychanalyste, Cecos de l'hôpital Cochin, SoFECT,
Université Paris Descartes, Paris, France
<cchiland@orange.fr>

Tirés à part : C. Chiland

L'être humain est un animal particulier en raison de son pouvoir de représentation. Ce pouvoir lui permet d'accéder au langage, symbolisation arbitraire, au savoir dit scientifique, soumis à la preuve par les faits, aux délices de l'imaginaire (l'art) mais aussi ses terreurs qui lui ôtent la capacité de jouir en paix de ce qui s'offre à lui. Là où l'animal peut trouver assez aisément sa satisfaction, l'animal humain s'empoisonne l'existence : mon chien manifeste sa faim et mange sans gâcher son plaisir par des interrogations sur la pureté rituelle de sa viande ou son origine garantie contre le Creutzfeldt-Jacob.

Même ceux qui sont convaincus de l'origine biologique du transsexualisme et vont jusqu'à en faire un acte de foi plus qu'une hypothèse de travail reconnaissent qu'il n'y a pas de « modèle animal » pour l'étude de l'identité sexuée [1] : on peut changer l'orientation sexuelle des rats ou des singes par des artefacts expérimentaux, il en résulte une modification des comportements ; la rate monte ses congénères au lieu de prendre une position de lordose et de s'offrir aux mâles ; a-t-elle alors le sentiment d'être un mâle et non une femelle ? Elle ne nous en dit rien.

Les animaux se laissent traverser par la force vitale qui les pousse à se reproduire en s'accouplant et ne connaissent pas la dissociation entre la procréation et le plaisir, qui pose tant de problèmes aux êtres humains.

Les êtres humains sont si embarrassés par la distinction entre les sexes qu'ils en viennent à vouloir être l'autre, ou ni l'un ni l'autre, ou les deux à la fois ; ils déclarent que ce qu'ils manipulent n'est pas une réalité biologique, mais un artefact social.

Mettons-nous d'abord d'accord sur les mots que nous emploierons pour dialoguer afin d'être au clair sur ce dont nous parlons.

Ensuite, abordons le cœur du problème ; il ne s'agit pas d'être politiquement correct pour glaner des voix électorales ; il s'agit de lutter contre une stigmatisation qui peut pourrir la vie.

Je regrette que la masse silencieuse de nos patients ne se fasse pas entendre. Ceux qu'on entend ne représentent qu'une partie des usagers, les militants qui sont en colère ; ils se trompent quand ils croient faire une invitation au dialogue en lançant des injures et des contre-vérités. Les patients que nous voyons ne se réclament pas de la « transidentité », ils ne se disent pas « trans' » et ne sont pas représentés par les associations « trans' » ; ils ont fait leur « transition » et veulent vivre incognito en tant qu'homme ou en tant que femme.

Problèmes de terminologie

Je ne sais pas encore, au moment où j'écris, si l'OMS va nous faire des propositions pour la nouvelle rédaction des catégories F64, F65, F66 sur lesquelles travailler, ou si elle attend nos suggestions. Je ne sais pas non plus si nous

sommes invités à ne discuter que le libellé des catégories ou aussi le commentaire qui les accompagne.

J'ai regardé la version française de la CIM-10 (1993) et la version anglaise. « Troubles de l'identité sexuelle » traduit « *Gender identity disorders* ». Il n'est pas satisfaisant de traduire « *gender* » par « sexuel » ; aujourd'hui « identité sexuelle », « *sexual identity* » se réfère à l'orientation sexuelle (la CIM-10 dit « préférence sexuelle »), quand on la vit comme une identité. On a le choix entre « identité de genre » et « identité sexuée ». De toute façon, on aurait intérêt à attribuer l'adjectif « sexué » à la distinction entre les sexes, et l'adjectif « sexuel » à la conjonction des sexes, sauf à faire un amalgame discutable entre l'identité de la personne et ses choix amoureux.

L'identité sexuée peut être considérée sur trois plans : biologique, psychologique et social. Le terme « identité de genre » est lié à la distinction faite entre sexe biologique et genre psychologique et social. Les adjectifs qui correspondent au sexe sont mâles et femelles, ceux qui correspondent au genre sont masculins et féminins (la langue française permet de disposer de ces précisions linguistiques, ce qui n'est pas le cas de l'allemand par exemple où *geschlecht* est à la fois le sexe et le genre, *männlich* mâle et masculin, *weiblich* femelle et féminin).

On peut parler d'homme ou de femme biologique, d'homme ou de femme psychologique, d'homme ou de femme social, ce qui nous permet de faire le partage entre l'illusion et la réalité dans le « changement de sexe ». On peut accorder un statut social de femme à un homme biologique qui se sent psychologiquement une femme, on ne peut pas le transformer en une femme biologique ; on peut accorder un statut social d'homme à une femme biologique qui se sent psychologiquement un homme, on ne peut pas la transformer en un homme biologique. Il est hautement improbable que, par exemple, on n'arrive jamais à changer les chromosomes, ou même tous les organes internes. Les transformations hormono-chirurgicales (THC) qu'on réalise aujourd'hui changent l'apparence et permettent de « passer », comme on dit, dans le nouveau genre social, mais on transforme un organisme qui fonctionnait bien en un organisme à traiter la vie durant par des hormones de substitution, dont le maniement n'est pas simple ni anodin, pour lui éviter de sérieux ennuis de santé, ce qui constitue une « affection de longue durée ». On ne peut assimiler la THC à une interruption volontaire de grossesse, qui peut certes traumatiser la femme, mais ne la transforme pas à tout coup en une personne nécessitant des soins la vie durant. La THC comporte l'ablation d'organes sains, qui, même si elle est faite à la demande de la personne, constitue une mutilation aux yeux de la loi et ne peut être faite que pour une nécessité médicale thérapeutique soigneusement établie.

Notons que certains veulent que l'on parle de personnes « transsexuelles » seulement quand elles ont été opérées, d'autres seulement avant qu'elles aient été opérées.

Si l'on en vient à pratiquer des « transformations hormono-chirurgicales », c'est à partir du constat que, lorsque les indications en ont été bien posées, la vie de ces personnes connaît une amélioration spectaculaire. Néanmoins, on ne doit pas oublier qu'il ne s'agit pas d'opérations aussi anodines qu'un piercing ou un tatouage, au contraire de ce que Pat Califia [2] déclare ; trouver un autre moyen de soulager la souffrance de ces personnes doit rester un objectif.

Un mot sur la traduction de « *transvestism* » par « travestisme ». Il semble plus approprié de parler de transvestisme et de transvesti que de travestisme et de travesti, le transvestisme n'est pas seulement un travestissement, mais un travestissement bien particulier où l'on joue avec l'identité sexuée.

Un troisième terme occupe le devant de la scène aujourd'hui à côté de transsexualisme et transvestisme : « transgenre ». Un transsexuel est un transgenre en ce qu'il veut changer de genre social ; mais il veut en outre une « marque corporelle » de ce changement de genre qui en fasse un « changement de sexe », il demande une transformation hormono-chirurgicale. Les autres transgenres ont des demandes diverses, depuis l'accès facile aux hormones et à la chirurgie jusqu'au changement d'état civil sans stérilisation, en conservant la possibilité de procréer dans son sexe d'origine ; certains militent pour la suppression de toute mention de sexe ou de genre à l'état civil, il n'y a pour eux aucun fondement biologique à distinguer deux sexes, c'est une discrimination arbitraire, l'exercice d'un pouvoir social.

Notons au passage que l'état civil écrit « de sexe masculin » ou « de sexe féminin » ; mais il ne s'agit pas du sexe tel que des biologistes le définiraient, il s'agit du genre social. On dit qu'il n'y a plus matière aujourd'hui à définir des droits et des devoirs différents pour les hommes et les femmes sociaux, maintenant qu'il n'y a plus de service militaire, que les femmes peuvent entrer dans l'armée, etc.

Nous ne traitons ici que de l'aspect médical du problème, et non de l'important problème sociétal de décider à qui l'on accorde l'état civil d'homme ou de femme, avec quels droits et devoirs. Toutefois, si la société n'accordait pas de changement d'état civil après la transformation hormono-chirurgicale, les médecins auraient raison de ne plus en faire, sous peine de faire vivre les personnes dans un no-man's land impossible, sans papiers correspondant à leur apparence.

Un mot encore sur l'homosexualité. On veut assimiler le transsexualisme à l'homosexualité quant au retrait des classifications des maladies. Pourtant les deux conditions ne sont pas comparables. Un homosexuel n'a rien à demander aux médecins pour avoir la vie sexuelle de son choix ; un transsexuel peut s'hormoner lui-même à ses risques et périls, mais il ne peut pas opérer sur lui-même une transformation chirurgicale, il a besoin des médecins ; les soins

qu'il reçoit doivent figurer dans une nomenclature pour être remboursés.

Le vocable « homosexualité » ne convient pas pour parler de la sexualité des personnes transsexuelles ; il reflète la position de l'observateur externe qui prend en considération le sexe biologique, tandis que la personne transsexuelle vit sa sexualité à partir de son identité de genre. On serait bien avisé d'adopter les termes proposés par Milton Diamond [3] : androphile, gynécophile, ambiphile pour désigner l'orientation sexuelle de toute personne, ce qui élimine l'homophobie et l'hétérophobie. On serait bien avisé aussi de parler de transsexualisme et non de transsexualité parce que c'est de l'identité qu'il s'agit.

Stigmatisation et trouble mental

Citons Goffman [4] pour définir le stigmaté : « Situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » (p. 7) ; « Les Grecs [...] inventèrent le terme de "stigmaté" pour désigner des marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée » (p. 11) ; « Le terme de stigmaté servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler » (p. 13).

Je voudrais souligner que la stigmatisation prend ses racines dans l'ethnocentrisme dont nous sommes tous imbibés. La possibilité de parler et de penser nous a été donnée par notre culture ; si l'on vient à prendre une attitude critique à son égard, c'est avec les outils de pensée qu'elle nous a fournis. Se déprendre de l'ethnocentrisme est un travail jamais terminé, toujours à reprendre, car une « incongruité » nous attend à chaque tournant de rue et de notre vie. Cette altérité déclenchera facilement la peur de l'autre, de l'étranger ; on pourrait dire que nous sécrétons des anticorps psychiques pour nous protéger contre l'étrange et l'étranger.

Ce phénomène est tel que les cultures alternatives qui se développent au sein d'une culture pratiquent elles-mêmes l'ethnocentrisme. La culture LGBTIQ est en révolte contre l'homophobie dont elle a souffert et elle tombe à certains moments dans l'hétérophobie.

Les personnes qui souffrent d'une discordance entre leur sexe biologique et leur genre psychologique veulent, outre le changement d'état civil, bénéficier d'une transformation hormono-chirurgicale, soins à fois coûteux et de longue durée ; pour ce faire, les soins doivent être inscrits dans les nomenclatures des sécurités sociales nationales ou des assurances privées ; ces nomenclatures s'appuient sur les classifications. Judith Butler, qui ne saurait être taxée d'homophobie ou de transphobie, le rappelle. Je soutiendrai la thèse que tout ce qui est inscrit dans ces classifications peut donner lieu à stigmatisation. Par exemple, au

Canada, pourtant pays assez libéral à bien des égards, un transsexuel FM étudiant en médecine relate sa situation difficile : il postule pour un poste de résident ; il doit certifier dans sa demande qu'il n'est pas atteint d'une affection psychiatrique ; s'il déclare son transsexualisme figurant au DSM-IV, il est éliminé ; s'il ne le déclare pas, il peut être découvert, ce qui aggrave sa situation. Mais la référence à la psychiatrie n'est pas nécessaire pour qu'il y ait stigmatisation. L'étiquette « affection de longue durée » suffit à elle seule à stigmatiser : par exemple, quelles que soient la nature de cette maladie et la durée du « 100 % », on n'a plus la possibilité de contracter un certain nombre d'assurances et de crédits. Les militants refusant l'étiquette « trouble mental » se réjouissent de n'être plus catégorisés « ALD pour affection psychiatrique » et d'obtenir une autre catégorie d'ALD ; ils veulent le remboursement de leurs soins à 100 % et ne savent apparemment pas qu'ils seront stigmatisés. Finalement, l'étiquette de malade en général met à risque de stigmatisation : on devient facilement le « lépreux des temps modernes » en raison de la contagiosité réelle ou imaginaire, en raison de la peur (le cancer, etc.).

Ici commence un débat de fond. Est-ce le terme ou leur condition qui stigmatise les transsexuels ? Quand des personnes « profanes » qui ne savent rien du transsexualisme sont confrontées pour la première fois à des personnes transsexuelles, leur réaction, en dehors de toute étiquette médicale, ne va pas de soi, allant de la compassion « Oh, les pauvres ! » jusqu'à l'effroi « C'est monstrueux ! ».

Milton Diamond [5] propose de parler de « variation sur un thème ontogénétique normal ». Oui, mais la maladie dans notre culture constitue une telle variation, elle n'est pas un phénomène surnaturel, appartenant au monde de la sorcellerie ou de la bestialité, mais un phénomène humain naturel. Quand une personne « normalement » constituée (au triple sens statistique, idéal et de pouvoir normatif), avec des organes génitaux sans atypie, des dosages hormonaux qui correspondent à son sexe biologique, déclare qu'il est évident qu'elle appartient à l'autre sexe, force est de penser qu'il y a un problème quelque part. Il n'y a pas de signe biologique patent, la seule expression de ce qui ne va pas est psychologique.

L'étiquette « trouble mentale » ou même « trouble » tout court est vécue comme stigmatisante. Elle peut l'être, nous venons de le dire, mais ce n'est pas le fait du médecin, du psychiatre, c'est le fait de la société, des autres en général. Je donne des textes de Freud en fin d'article ; il a contribué à abattre la barrière entre le normal et le pathologique, entre le patient et le psychiatre. Nous pouvons chercher des termes nouveaux. Tout terme, quel qu'il soit, devient stigmatisant, lorsqu'il connote « une réalité » qui pose problème. Le DSM-V propose « *gender incongruence* ». Est-il préférable d'être « incongru » plutôt que « troublé » ? La World Professional Association for Mental Health (WPATH) insiste sur la « dysphorie de genre », la souffrance.

Le déni de la réalité biologique

À l'arrière-plan de cette discussion se situe une disqualification, voire un déni de la réalité biologique. Certains militants intersexes récusent la possibilité de définir ce qu'est un homme ou une femme biologique parce qu'il existe des cas intermédiaires ou incertains. La biologie n'est pas en peine de définir des caractéristiques mâles ou femelles, même s'il y a des cas où toutes les composantes mâles ou femelles ne sont pas présentes, ou bien s'il y a un mélange de composantes mâles et de composantes femelles. La plupart des personnes (au moins 98 %) sont soit mâles, soit femelles et ne demandent pas la suppression de cette distinction. Le chiffre approximatif donné pour les cas critiques n'est pas le même pour les biologistes (moins de 2 % [6]) et pour certains militants intersexes (10 %). Ces militants récusent le terme de *Disorders of Sex Development* (DSD) qui a été proposé pour toutes les « atypies » du sexe : ce n'est pas un trouble, mais une variante, une variation. Ce qui leur conviendrait, c'est l'élimination de la distinction de genre dans l'état civil.

Le fondement de la distinction entre les sexes est leur rôle différent dans la procréation. La différence entre les sexes qui fait que l'homme engendre et la femme enfante, va disparaître, nous dit-on : l'utérus artificiel deviendra la gestation pour autrui généralisée. Il n'y aura plus ni père ni mère, seulement des parents. Curieusement, on présente l'utérus artificiel comme le seul moyen de faire disparaître l'inégalité entre hommes et femmes, comme si l'inégalité était que la femme enfante (dans la douleur) et que l'homme ne puisse qu'engendrer, ce qui constitue une différence de fait et non une inégalité sociale de droits. Seule trace de la différence entre les sexes qu'on ne parvient pas à gommer : il faudra mettre un ovule et un spermatozoïde dans la machine avant d'attendre que l'ectogenèse se fasse. Le livre d'Henri Atlan [7] est-il l'annonce d'un futur proche ou, comme on l'a dit, une provocation ?

Après le désir d'annuler la différence entre père et mère, on peut combiner de manière inattendue les trois aspects de la parenté (biologique, légale et psychologique) : l'« homme enceint », mère biologique et père légal. Thomas Beatie a publié sur Internet les différents épisodes de son histoire. Il a donné naissance à une petite fille en 2008, puis à un petit garçon en 2009, il est enceint pour la troisième fois en 2010. Née fille, il a eu une mammectomie et a pris des hormones mâles tout en conservant ses ovules et son utérus (les hormones mâles n'ont pas entraîné une stérilité irréversible contrairement à ce que l'on a prédit) ; belle femme, prix de beauté, devenue homme à l'état civil, il a été inséminé avec un sperme de donneur et est le père légal de ses enfants, tandis que sa femme hystérectomisée, qui ne pouvait pas porter d'enfant, est la mère légale.

Cette histoire réjouit la communauté LGBTIQ dont la lettre Q représente le mot *Queer*, qui est un mot anglais signifiant à l'origine « bizarre », puis utilisé pour

stigmatiser les homosexuels, et repris avec fierté pour caractériser une identité indifférenciée, d'aucun sexe/genre, de l'un ou l'autre sexe/genre, ou des deux à la fois ; on pourrait dire que, être *queer*, c'est se débarrasser du genre vécu comme carcan.

Les transsexuels ne méconnaissent pas la distinction entre les sexes. Ils veulent appartenir à l'autre sexe et font une part variable à la réalité biologique.

Monsieur A n'a aucun déni de la réalité biologique ; il est FM (transsexuel féminin vers masculin), père par IAD (insémination artificielle avec donneur), et regarde le joli petit livret écrit et dessiné par Monsieur B, autre FM père par IAD, pour expliquer son histoire à ses enfants. Monsieur B écrit que tout le monde a cru à sa naissance et dans son enfance qu'il était une fille parce qu'il n'avait pas de zizi, mais il était un garçon. « C'est un mensonge ! », s'écrit Monsieur A et il précise : « Il était une fille qui se sentait un garçon, voulait devenir un garçon ».

Certaines personnes transsexuelles opérées disent qu'elles ne sont pas en tout point comparables à un homme né homme ou une femme née femme. D'autres nient toute différence entre un homme ou une femme d'origine transsexuelle et un homme ou une femme d'origine biologique. D'autres regardent leur nouvel organe sexuel, par exemple leur phalloplastie et disent : « Cette phalloplastie n'est pas très sensible, je ne peux pas uriner debout, je ne peux pas m'en servir pour les relations sexuelles, mais je suis content, elle est la preuve que je dis vrai quand je dis que je suis un homme. » D'autres, rares il est vrai, affirment que des organes de l'autre sexe se sont spontanément développés en elles.

Les sociétés brodent chacune leurs distinctions arbitraires entre les genres sur le canevas biologique de la différence des sexes. Margaret Mead, avant l'invention du genre identitaire l'avait bien décrit dans son ouvrage de 1948, *Male and Female, a Study of Sexes in a Changing World* [8]. Judith Butler a d'abord soutenu en 1990 que le sexe aussi était fabriqué socialement, inventé comme support des distinctions de genre pour étayer des rapports de pouvoir aboutissant généralement à l'infériorisation des femmes et à la stigmatisation de l'homosexualité ; et qu'il fallait donc supprimer non seulement les distinctions de genre, mais aussi les distinctions de sexe pour libérer les êtres humains et en particulier leur sexualité [9]. Mais elle écrit de manière plus nuancée en 2004 qu'il faut supprimer dans le genre ce qui rend la vie invivable à certaines personnes [10].

Oui, mais comment faire ? La solution militante est que les mesures prises pour les minorités deviennent la loi générale. On peut adopter une direction différente et

Tableau 1. Problèmes avec l'identité de genre (ou l'identité sexuée) donnant lieu à une demande de soins médicaux. Plusieurs des rubriques suivantes peuvent être simultanément utilisées pour caractériser la demande.

A	1. Avec demande d'avis médical 2. Avec demande d'accompagnement psychologique
B	Avec demande d'hormones et de chirurgie 1. demande de transformation hormono-chirurgicale avec ablation des gonades (transsexualisme) 2. demande relevant de l'endocrinologie 3. demande de chirurgie esthétique avec conservation des gonades
C	Âge de la personne 1. Adulte 2. Adolescent (10-18 ans) 3. Enfant
D	1. Sans atypie du développement du sexe 2. Avec atypie du développement du sexe
E	Transvestisme égodystonique : - souffrance engendrée par le besoin de se travestir

proposer un travail incessant d'information et de décentration culturelle. Aller à contre-courant de l'ethnocentrisme sera, certes, plus difficile que l'intoxication par des propagandes qui vont dans le sens de l'ethnocentrisme : songeons aux nazis qui ont réussi à faire adhérer presque tout un peuple à l'idéologie raciste [11].

Conclusion

Nous pourrions proposer une autre rédaction pour la catégorie F64 s'inspirant de ce qui suit, et situer cette catégorie dans un chapitre spécial, par exemple : « Problèmes de santé liés au genre, au sexe, à la procréation et nécessitant des soins médicaux » (« *Health problems linked to gender, sex or procreation, and needing medical care* ») (tableau 1). Si la notion de soins médicaux n'apparaît pas mais seulement la notion de confort ou de bien-être, il n'y aura aucune garantie de prise en charge des frais.

Conflits d'intérêts : aucun.

Annexe

Le normal et le pathologique [I]

J'ai toujours été frappée par les conclusions d'un certain nombre d'expertises psychiatriques : un sujet a commis un crime dans des conditions atroces, par exemple les deux meurtriers dont l'histoire est rapportée par Truman Capote dans *De sang-froid* [II] ; les experts les déclarent « normaux », ce qu'il faut entendre « ne correspondant pas à une entité psychiatrique qu'on puisse soigner avec des neuroleptiques ». Comment considérer comme normaux ces deux hommes qui tuent sauvagement pour une poignée de dollars quatre personnes qui ne leur avaient rien fait ? Un homme normal, c'est un homme capable de reconnaître en son prochain un homme qui pense, sent et souffre comme lui, de respecter l'humanité dans l'autre. Il faut étendre la notion de pathologique à un fonctionnement psychologique perturbé même s'il ne correspond pas aux entités décrites dans les classifications et les manuels et accessibles aux traitements psychiatriques modernes habituels.

À l'inverse, il ne faut pas prendre la notion de normal comme une caractéristique constante acquise une fois pour toutes, mais comme le plus haut niveau de fonctionnement psychique qu'il faut s'efforcer d'atteindre et de maintenir sans toujours y parvenir. On ne peut même parler que de névrotico-normal comme le faisait mon maître René Diatkine. Aucun d'entre nous n'est exempt de mécanismes névrotiques, et même psychotiques. Freud y a insisté, la distinction entre le normal et le pathologique n'est pas qualitative, mais quantitative, fluctuant d'un instant à l'autre. On entre vraiment dans la pathologie si les mécanismes pathologiques sont intenses, prennent le devant de la scène, sont impossibles à mobiliser. « La frontière entre les états psychiques que l'on dit normaux et ceux que l'on appelle pathologiques est d'une part conventionnelle et d'autre part si fluctuante que vraisemblablement, chacun d'entre nous la franchit plusieurs fois au cours d'une journée » [III] ; « Qu'aucune frontière nette n'existe entre les "nerveux" et les "normaux", enfants ou adultes ; que la notion de "maladie" n'ait qu'une valeur purement pratique et ne soit qu'une question de plus ou de moins ; que la prédisposition et les éventualités de la vie doivent se combiner afin que le seuil au-delà duquel commence la maladie soit franchi ; qu'en conséquence de nombreux individus passent sans cesse de la classe des bien portants dans celle des malades nerveux et qu'un nombre bien plus restreint de malades fasse le même chemin en sens inverse, ce sont là des choses qui ont été si souvent dites et qui ont trouvé tant d'écho que je ne suis certes pas seul à les soutenir. » [IV] ; « Toute personne normale n'est en fait que moyennement normale, son moi se rapproche de celui du psychotique dans telle ou telle partie, dans une plus ou moins grande mesure. » [V].

Tous les êtres humains rêvent. Tous les êtres humains ont des mécanismes névrotiques, et même psychotiques. Si ces mécanismes deviennent envahissants, difficiles à mobiliser, la personne est entravée dans son fonctionnement et nécessite des soins.

Un psychiatre de formation psychanalytique ne fonctionne pas comme un aliéniste classique qui, si j'ose dire, remercie Dieu tous les matins de l'avoir placé du bon côté de la barrière entre les gens sains d'esprit d'un côté et les fous, les aliénés et les insensés de l'autre. Il a passé un grand nombre d'heures à comprendre les aspects pathologiques de son fonctionnement. Il a fréquenté plusieurs fois par semaine un psychanalyste (psychiatre ou non). Il est vrai qu'il l'a fait volontairement, tandis que le transsexuel se voit imposer une rencontre avec un psychiatre, qu'il l'ait désiré ou non. Les militants parlent de l'humiliation de devoir rencontrer un psychiatre ; ils ne pensent pas pouvoir en faire un bon usage pour examiner leur projet.

Dans la plupart des pays, la rencontre avec un psychiatre ou un psychologue fait partie du parcours de soins. Les standards de soins (2001) de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), aujourd'hui World Professional Association for Transgender Health (WPATH) prévoient l'avis d'un « *psychiatrist or a PhD. clinical psychologist* ».

Notre expérience personnelle nous permet de dire que l'évolution dramatique de quelques cas aurait pu être évitée si les patients avaient été suivis par un psychiatre avant d'aller se faire opérer là où on opère tous ceux qui le demandent pourvu qu'ils paient.

Références

- I. Chiland C. « Bilan de 25 années de travail avec des transsexuels ». In : Mateu J, Reynier M, Violla F (eds). *Les Assises du corps transformé : regards croisés sur le genre*. Bordeaux : Les Études hospitalières, 2010, p. 271-288.
- II. Capote T (1965). *De sang froid : récit véridique d'un meurtre multiple et de ses conséquences*. Paris : Gallimard, 1966.
- III. Freud S (1907). *Le Délire et les rêves dans la Gradiva de Jensen*. Paris : Gallimard, 1986, p. 184-185.
- IV. Freud S (1909). « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans ». In : *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, p. 196-197.
- V. Freud S (1937). « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin ». In : *Résultats, idées, problèmes*, tome II. p. 250.

Références

1. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995 ; 377(6552) : 68-70.
2. Califia P (1997). *Le Mouvement transgenre. Changer de sexe*. Paris : EPEL, 2003.
3. Diamond M. Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. *The Journal of Urology* 1999 ; 162 : 1021-8.
4. Goffman E (1963). *Les Usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit, 1975
5. Diamond M. Prenatal predisposition and the clinical management of some pediatric conditions. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1996 ; 22 : 139-47.
6. Fausto-Sterling A. *Sexing the Body, Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York : Basic Books, Perseus Books Group, 2000.
7. Atlan H. *L'Utérus artificiel*. Paris : Seuil, 2005.
8. Mead M (1948). *L'Un et l'autre sexe*. Paris : Denoël/Gonthier, 1966.
9. Butler J (1990). *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*. Paris : La Découverte, 2005.
10. Butler J (1990). *Défaire le genre*. Paris : Éditions Amsterdam, 2006.
11. Chiland C. *Sois sage, ô ma douleur. Réflexions sur la condition humaine*. Paris : Odile Jacob, 2007.