CAIRN.INFO

ÉLÉMENTS POUR UNE PSYCHOTHÉRAPIE ADAPTÉE À LA DIVERSITÉ TRANS*

Denise Medico

De Boeck Supérieur | « Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux »

2014/1 n° 52 | pages 109 à 137

ISSN 1372-8202
ISBN 9782804189945

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

https://www.cairn.inforevue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2014-1-page-109.htm

---

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.
© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

2 on

Éléments pour une psychothérapie adaptée à la diversité trans*[1]

Denise Medico, Ph.D, M.A., M.Sc.[2]

Résumé

Le modèle de la transsexualité ne représente pas la diversité des expériences transgenres et la psychothérapie doit s'adapter, dans ses pratiques, mais aussi dans ses théories de référence, à la diversité des sujectivités contemporaines. Elle doit penser en termes de « devenir du genre » et travailler dans cette optique de la diversité et de la non pathologisation des genres différents. Dans cet article nous présenterons des éléments du devenir trans ainsi que des pistes de travail et des métaphores alternatives pour penser et accompagner les personnes trans* dans une construction positive de soi. Nos réflexions se basent sur notre expérience thérapeutique auprès des personnes trans* ainsi que de travaux de recherches sur la subjectivité trans* et de la littérature actuelle sur cette question.*

Abstract : Elements for a psychotherapy adapted to the trans* diversity

The model of transsexuality does not represent the diversity of the transgender experiences. Psychotherapy needs to adapt its practices, but also its baseline theories to the diversity of contemporary subjectivities. Psychotherapy has to conceive gender in the framework of becoming to adapt to the diversity of gender expressions. This article deals with elements of the transgender becoming as well as trails of work and alternative metaphors in order to think and assist trans persons in a positive self-construction. Our considerations are based on our therapeutic experience with trans* people as well as research and literature on trans* subjectivity.*

Mots-clés

Transgenre – Transsexuel – Psychothérapie – Devenir – Subjectivité.

Key words

Transgender – Transexual – Psychotherapy – Becoming – Subjectivity.

---

1 Je souhaite remercier Amaelle Gavin pour sa relecture attentive, ainsi que la fondation Agnodice, mes patients et les personnes trans* qui ont accepté de partager leur expérience de vie avec moi lors de mes travaux de recherche.

2 Cheffe de service de la consultation de couple et de sexologie, Fondation Profa, Lausanne. Chargée de cours à la faculté de psychologie, Université de Genève. Membre de la Fondation Agnodice, Lausanne.

DOI: 10.3917/ctf.052.0109

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Introduction : deux visions de la question trans*[3] pour des pratiques cliniques très différentes

Pour la psychothérapie, l'enjeu actuel de la prise en soin des personnes qui ressentent une construction de leur genre différente de la norme sociale[4] peut ainsi être résumé en une question : doit-on penser en termes de trouble d'identité de genre[5] et donc de transsexualisme ou en termes de « personnes transgenres » ? Le fait même de tenter de définir qui sont les personnes transgenres relève déjà d'un choix théorique et d'un positionnement idéologico-politique. Deux manières d'envisager la question transgenre s'opposent actuellement (Bockting, 2008 ; Bolin, 1994) : d'une part, selon un paradigme dit « de la dichotomie » qui l'envisage comme un trouble de l'identité de genre et, d'autre part, selon un paradigme « de la diversité » qui la voit comme une expérience de soi et du monde, une culture, une question de citoyenneté et de rapport d'inclusion/exclusion avec le social. Ces deux visions sont si différentes qu'elles semblent presque ne pas parler des mêmes personnes.

Le paradigme de la dichotomie met l'accent sur la « question transsexuelle ». Or, cette question est dénoncée comme étant une construction médicale et un diagnostic plutôt qu'une identité (Hirschauer, 1997 ; Prosser, 1998). Elle véhicule l'idée d'une « erreur sur le corps » qui serait associée à une non concordance entre un cerveau et un corps anatomique (Diamond, 2001, 2004 ; Zhou et *al.*, 1995)[6] et s'inscrit dans une naturalisation des catégories de genre et dans un recours constant aux normes sociales comme définition de la normalité du genre, elle-même associée à une normalité psychologique. Tout écart à une norme du genre serait le signe d'un problème individuel dont les origines peuvent être diverses, tant psycho-développementales que somatiques. Les causes incriminées varient d'ailleurs en fonction des différents courants de pensée auxquels se rattachent les chercheurs et intervenants. L'identité de genre y est définie comme un sentiment d'appartenance au sexe biologique qui est lui-même décrit sur un continuum allant de la conformité de genre (mâle/masculin et femelle/féminine) à la transsexualité – qui serait la forme la plus extrême du trouble de l'identité. De plus, l'identité est perçue comme une unité ayant une certaine

3 J'utiliserai le terme de trans* pour parler de toutes manifestations de subjectivités transgenres (transgenres, transsexuels, transvestis, androgynes, non identifiés…).

4 Qui pense en termes de dichotomie la différence masculin/féminin.

5 Voir le lexique en encadré à la fin de l'article pour une définition de ces concepts.

6 Ces travaux bien connus dans le monde trans* en sont un exemple parlant. Ils visent à justifier la vérité de l'erreur sur le corps.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

stabilité dans le temps. La position transsexuelle serait ainsi l'indice d'une inversion qu'il s'agirait de corriger par un retour vers un genre bien identifié et en congruence avec l'aspect corporel. Dans ce contexte, le vocabulaire utilisé met en avant des catégories comme transsexuelle[7] primaire, transsexuelle secondaire et transvestie. Ces nominations utilisées par la clinique sont également endossées par une partie des personnes concernées. De cette conception découle tout un ensemble de pratiques médicales, cliniques, psychologiques qui sont actuellement dominantes. Ces pratiques visent à reconstruire une certaine normalité dans une cohérence entre genre et corps, à encadrer médicalement et psychiatriquement une transition transsexuelle.

Le second paradigme, celui de la diversité, réfère à une réalité sociale et expérientielle, et applique des concepts de transgenre, transgendérisme et identités trans* – ou transidentités[8]. Cette conception s'inscrit, en règle générale, dans une vision non essentialiste du genre, et défend la notion de diversité et variété des expériences du genre. Elle est utilisée dans différents domaines d'étude dont la santé publique, les sciences sociales (sociologie, ethnologie), les études genres, ainsi que par une partie de la communauté trans*, généralement la plus politisée. L'identité de genre y est considérée comme pouvant être multiple et prendre différentes formes, changer dans le temps ou rester stable. Le genre n'est pas forcément conçu ici comme un continuum, mais représente plutôt des agencements multiples pouvant adopter différentes configurations et sans référence à une expression normée du genre et des rapports entre le genre et le corps (Bockting, 2008 ; Burdge, 2007 ; Butler, 1993a, 2006a, 2006b ; Nestle *et al.*, 2002 ; Weeks, 1985, 1987). Cette conception est manifeste chez les auteurs dits « post-structuralistes » et s'enracine dans une tradition critique des études sur la sexualité[9]. Ce second paradigme de la diversité refuse toute naturalisation

---

7 J'utilise le féminin pour rendre compte du genre désiré et/ou choisi des personnes dont il est question. Toutefois, la littérature clinique, Stoller y compris, utilisent généralement le masculin. Pour une définition de ces termes, voir le lexique en fin d'article en encadré.

8 Le concept de transidentité, utilisé en France, décentre de l'aspect « trouble » au profit de l'aspect identitaire et culturel. Je ne l'utilise pas dans le cadre de cet article, car il implique une identification, une appartenance à un groupe ce qui n'est pas forcément le cas pour nombre de personnes concernées par la subjectivité et le devenir trans*. Je lui préfère le mot « transgenre » ou trans* qui renvoie à une subjectivité du genre ou à une performance du genre sans toutefois la placer dans le registre de l'identité.

9 L'anthropologue Herdt (1994) propose de questionner l'essentialisation du dimorphisme sexuel, telle que notre culture occidentale la défend et de déconstruire ce supposé « sens commun ». Parmi les travaux pionniers sur la déconstruction du genre en psychologie on retrouve ceux de Kessler & McKenna (1978) qui ont analysé

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

du lien corps/genre. Il adopte une terminologie différente, tout à fait en dehors de la typologie des « troubles de l'identité de genre », au profit du concept de personnes transgenres.

Ce changement de registre peut également être décrit comme le passage du « transsexuel », figure médicalisée et définie uniquement à travers une psychologisation/pathologisation, à « transgenre », citoyen à la jonction d'un ensemble de relations de pouvoir. On peut présumer à quel point ces deux positions paradigmatiques aboutissent à des conceptions radicalement différentes de la question trans*, des nominations différentes, mais aussi des conceptions et pratiques différentes de la prise en soin. Dans cet article, nous nous inscrivons dans le deuxième paradigme, celui de la diversité, et nous dégagerons des pistes pour un travail psychothérapeutique auprès des personnes trans*.

Le paradigme est un choix politique, philosophique et éthique qui s'exprime actuellement autour de deux questions, la nosologie psychiatrique et médicale et les critiques des associations de patients et de cliniciens sur les maltraitances du système de santé, surtout le système psychiatrique et psychologique. En effet, une maltraitance, entre autres liée à la psychiatrisation des personnes transgenres qui sont vues comme des malades et traitées comme tels, a été dénoncée tant par les personnes concernées que par les praticiens (Bize *et al*., 2011 ; May, 2002 ; Namaste, 2000 ; Sironi, 2003). Dans les pratiques actuelles, les psychiatres et psychologues sont surtout utilisés durant le processus d'évaluation des demandes pour une transition médicalisée du genre. Le système de santé leur demande d'identifier les candidats à des protocoles de traitement en fonction de critères tels que leur sexualité, l'histoire de vie qu'ils racontent, des tests mesurant leur degré de masculinité/féminité, leur âge et leur orientation sexuelle. Lorsqu'une personne transgenre ou transsexuelle s'adresse à un psychologue ou un psychiatre, elle se trouve d'emblée dans une position de demandeuse, mais aussi dans un contexte de suspicion. Non seulement cette perspective amplifie les difficultés des personnes transgenres, mais nuit également à toute alliance de travail en psychologie. Le climat de défiance mutuelle qui est actuellement répandu annihile toute possibilité de construire la relation à la base de notre travail. Ces approches augmentent la culpabilité et l'anxiété

---

les critères utilisés dans différents sous-groupes culturels pour distinguer les sexes. Dans le champ des études sur la sexualité, les travaux du sociologue Weeks (1987) axés sur l'homosexualité, ont introduit la notion de constructionisme social. Weeks a ainsi ouvert tout un domaine d'étude qui a débouché sur de nouvelles conceptions du sexe et du genre encore peu diffusées en psychologie.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

dans des contextes où il serait plus pertinent d'offrir une possibilité de se penser, de se dire, d'expérimenter un accueil et de développer une forme d'amour de soi.

Au plan des nosologies, le débat est d'actualité dans le contexte des révisions des deux manuels principaux, le DSM et la CIM. L'enjeu autour de la question trans* est aujourd'hui très proche du changement de positionnement de l'APA[10], il y a maintenant une trentaine d'années, au sujet de l'homosexualité. La version 5 du DSM qui vient de sortir a opté pour maintenir la question trans* au sein des troubles de la sexualité, mais en changeant les critères et appellations. De son côté, la CIM qui est en cours de révision offre plusieurs possibilités qui sont en ballotement, allant du maintien dans la classification comme trouble mental (actuel), à la sortie de la nosologie. Question fort délicate car les enjeux économiques et assécurologiques majeurs entourent cette question.

Ce n'est pas uniquement la clinique qui change, les demandes des personnes concernées également. Ces demandes sont en mutation et plusieurs auteurs, théoriciens ou praticiens travaillant avec cette population ont affirmé que la transsexualité classique n'était plus LE modèle, mais qu'une fluidité des genres se profilait comme un possible social et psychologique (Bolin, 1994 ; Bockting & Coleman, 1993 ; Ekins & King, 1997). Ce changement social est de plus en plus visible et nous faisons le même constat en Suisse romande, où les demandes des usagers trans* ne se focalisent plus sur une transition classique avec réassignation chirurgicale du sexe. Ces changements entraînent, par rebond, des modifications également dans les pratiques thérapeutiques. Les personnes demandent moins de « changer de sexe » et demandent aussi moins de chirurgies reconstructives, ou le demandent pour d'autres raisons que celles évoquées traditionnellement dans la littérature, soit l'impression de ne pas être dans le bon corps. Une de ces raisons est de pouvoir changer d'identité sociale[11] et de vivre en paix dans la société telle qu'elle est. Les nouveaux comportements et nouvelles demandes allant dans le sens de la variété du genre appellent « une approche plus individualisée, centrée sur le sujet, plutôt que l'application d'un protocole standardisé de réassignation sexuelle » (Bockting, 2008, p. 212). Ce changement social ne peut faire l'économie d'un changement dans le rôle du clinicien. Ce dernier, pour des raisons à la fois éthiques et tout simplement

10 American Psychological Association.

11 Ce qui nécessite souvent une stérilisation définitive et donc chirurgicale, en d'autres mots une chirurgie de changement de sexe.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

par le fait d'être poussé par la demande des usagers, va devoir passer du rôle de gardien de l'accès aux soins – ce que le paradigme de la dichotomie et de la transsexualité finit par lui imposer – à un rôle d'accompagnateur et de facilitateur du bien-être, de l'acceptation de soi et du coming out. Comme le note Bockting (2008), les suivis de personnes trans* ne sont plus seulement liés aux transitions transsexuelles, lesquelles du moins ne sont plus envisagées comme devant être complètes et ayant la visée de reconstruire des corps de femmes. Au contraire, il semble qu'un mouvement d'affirmation transgenre, tel qu'il se structure et s'impose depuis quelques années, amène à des demandes de modifications partielles des corps, des expériences de soi plus transgenres que transsexuelles. Ainsi, les grandes typologies classiques de transsexuelles et transvesties ne semblent plus appropriées dans tous les cas. Le clinicien, dans son travail d'accompagnement et de soin, sera donc amené à s'adapter aux demandes et parcours individuels, marquant ainsi la fin des protocoles standardisés tels que pratiqués dans la plupart des centres hospitaliers en Occident. La posture clinique basée sur la diversité du genre reste encore minoritaire dans les pratiques.

Ainsi, sous l'impulsion des critiques adressées aux pratiques « psys » et de la remise en question des experts « psys », de nouvelles pratiques cliniques s'organisent, y compris dans le monde francophone, comme l'expérience mise sur pied au Centre Georges Devereux en France (1996-2001) ou à Lausanne sous la conduite de la Fondation Agnodice (depuis 2007). Ces pratiques sont issues de courants théoriques aussi divers que l'approche centrée sur la personne, la thérapie systémique postmoderne, l'ethnopsychiatrie et la sexoanalyse constructiviste. Elles ont toutefois en commun de s'inscrire dans une vision postmoderne de la fluidité et de la performativité du genre et donc de s'inspirer d'un mouvement de réflexions critiques sur ce qu'est le genre, un mouvement qui le décrit comme une construction, une mise en scène et une expression de soi qui peut être multiple et variable.

Objectifs et fondements

Dans cet article, des éléments pour développer une approche thérapeutique de la diversité trans* sont présentés. Ils sont issus de ma pratique clinique, du travail de réseau avec la fondation Agnodice et de ses travaux de recherche sur les personnes trans* et la diversité sexuelle (Medico, 2011)[12]. Pour commencer, nous présenterons quelques éléments pour comprendre

12 Voir aussi le site de la fondation Agnodice (www.agnodice.ch), avec qui je collabore depuis ses débuts pour construire un réseau d'intervention médico-psycho-sociale.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

le monde des personnes trans* tel qu'il est vécu et rapporté, soit la subjectivité incarnée et située. Cette partie se base sur une revue de la littérature et un résumé des résultats d'une recherche doctorale en psychologie. Puis, deux axes importants pour le travail auprès des trans* seront discutés, soit la construction d'une subjectivité narrative et celle d'une subjectivité incarnée. Nous terminerons avec des considérations sur la formation des cliniciens qui souhaitent travailler auprès des personnes trans*.

Mon travail sur la diversité s'ancre dans un socle théorique et philosophique qu'il semble nécessaire d'expliciter brièvement ici, et qui pourrait être résumé comme une position post-structuraliste constructiviste. La psychologie, comme science et comme pratique clinique, a longtemps considéré le positionnement clair et cohérent de l'identité de genre comme un précurseur de la santé psychique. En d'autres mots, la construction d'une identité de genre, masculine pour les hommes biologiques, et féminine pour les femmes, a été théorisée comme étant l'une des bases fondamentales de la stabilité psychique, de l'identité, voire de la pensée. Les théories freudiennes ont eu dans ce domaine une influence considérable. Or, elles sont de plus en plus remises en questions, non seulement par les mouvements associatifs de personnes concernées et par les évolutions de la société, mais aussi par le développement de travaux sur l'identité et sur la subjectivité. La subjectivité n'est plus conçue comme se développant en vase clos, mais dans une interrelation constante avec, d'une part, la corporéité et, d'autre part, les liens sociaux. Les travaux systémiques ainsi que ceux émanant de la philosophie post-structuraliste nous permettent de repenser ce que c'est que d'être un humain, quelle place prend la différence, comment se construire lorsque l'on est minoritaire et, finalement, ce qu'est l'expérience de vie et le développement de la subjectivité des personnes présentant des identités sexuelles et de genre différentes de la majorité. Les travaux actuels de la philosophe Rosy Braidotti (2002, 2005/2006) sur le devenir nomade, qui s'inspire à son tour de Deleuze & Guattari (1980), articulent les notions du minoritaire à celles de la subjectivité contemporaine. En ce sens ils peuvent nous offrir un cadre ontologique pour penser l'expérience trans* dans le devenir, le nomadisme et les territoires. Ces concepts, nous le verrons, se montrent particulièrement pertinents pour la thérapie auprès des personnes trans* puisqu'ils expriment avec une finesse particulière leur propre expérience du genre, leur subjectivité et sa complexité mouvante. Mais je souhaite d'abord vous présenter une rencontre qui a remis en question les théories apprises.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Une rencontre thérapeutique

Aube a été référée à ma consultation privée de psychologue et sexologue par le réseau trans* avec lequel non seulement je collabore, mais participe activement. Aube vient toujours à nos séances en homme, il.le se décrit comme… – il.le ne sait pas trop – travesti, transgenre ; veut-il.le aller plus loin, modifier son corps, ou s'accepter ? Aube a passé sa vie à lutter contre sa part féminine et a vécu des moments de cassure importants. Il.le a cependant toujours réussi à maintenir une apparence sociale de masculinité et un statut social. La première fois que nous nous parlons, Aube a 56 ans. J'ignorais au début que nous ferions un long chemin ensemble. Je ne sais pas qui a le plus appris pendant ces 5 années. En tout cas, pour ma part, Aube (et les autres personnes transgenres et travesties que j'ai rencontrées) a questionné très profondément ce que j'avais appris à diagnostiquer comme des évidences, soit différencier les transsexuelles primaires des secondaires et des travesties. Ce qui semblait si clair dans les descriptions cliniques des autres et dans les critères des manuels diagnostics me semble maintenant si vain et dénué non seulement de sens, mais surtout d'utilité clinique. Comme toujours à la fin de la première séance, je lui demande ce qu'il.le attend de moi : « je n'arrive pas à le dire, peut-être être bien avec moi-même ». Aube vient donc me voir pour ce que je sais faire : de la clinique, de l'aide psychologique, faire un voyage à partir d'une manière d'être dans laquelle l'individu se vit en souffrance (avec soi, les autres, son corps, sa sexualité) vers une manière moins souffrante. Et pour cela, il ne s'agit pas de partir du présupposé que le genre organise cette souffrance, mais bien de partir de l'inadaptation de la perception de soi avec ce qui est perçu comme attendu. Mon travail est donc de chercher, en partenariat avec les personnes trans* (et toutes les autres), comment libérer, à partir des possibilités même des personnes, des voies de subjectivation positives pour soi… et de courage social. Je vous présente donc notre voyage avec Aube, vers une possibilité de se penser et se vivre comme personne trans* et donc aussi comme une personne complexe.

Aube a beaucoup consulté en psychothérapie, a longuement tenté de réprimer ce besoin d'advenir femme et ne s'accepte mieux que depuis peu. Il.le a fait peu de modifications corporelles, uniquement une épilation du visage. Il.le a reçu différentes étiquettes qui l'ont « enfoncé encore plus dans sa culpabilité ». Il.le commence donc tout naturellement par me raconter sa vie avec ce qu'il.le perçoit comme étant des grands organisateurs de son destin. Il.le commence par un discours que j'ai entendu tellement de fois : c'est une question de périodes, il.le tente de « refouler par principe

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

de réalité », de vivre comme un homme, il.le jette tout ce qui est féminin, se déteste dans ces moments-là, puis est presque fier d'y avoir réussi. Cela dure quelque temps, mais invariablement, « tout à coup, ça me tombe dessus », et le féminin revient, et alors il.le se « sent pleinement quelqu'un », mais coupable, tellement coupable. Aube parle de soi comme une « tare », un « vice », un « détraqué sexuel ». En arrière-fond, invisible aux regards des autres, il y a cette femme en lui qu'il.le aimerait advenir mais qu'il.le n'accepte pas. Il.le a suivi une psychothérapie analytique pour guérir et être délivré. Son psychiatre tente de le ramener à la réalité « vous êtes un homme ! » l'entend-il lui dire, mais il.le le sait déjà, telle n'est pas la question. Aube se sent de plus en plus incomprise et, « plus j'avançais, plus j'avais envie de faire le contraire (me travestir) ; finalement ça m'a amené à la dépression, je me sentais sous domination de… ».

Je lui demande à la première séance sa compréhension de ce processus en spirale. Il.le me raconte donc sa vie en commençant par la mort de son père lorsqu'il.le avait 5 ans, une agonie de plusieurs jours des suites d'un alcoolisme sévère, dans un contexte de pauvreté extrême et de rejet social encore douloureux 50 ans plus tard. Très vite, il.le sera retiré de la garde de sa mère (qui a aussi d'autres enfants) et placé dans un orphelinat, chez les sœurs. Ce moment est décrit comme « épouvantable », même s'il.le convient que grâce à cela, il.le a pu devenir quelqu'un, faire des études, sortir du milieu extrêmement précaire dans lequel il.le est né et envers lequel il.le nourrit une ambivalence massive. La période de l'enfance restera pour Aube un moment important dans son discours sur soi, nous y reviendrons régulièrement, retravaillant les sentiments de honte, de rejet, d'humiliation qui y ont été vécus. Je ne peux m'empêcher de les entendre en écho à son rapport au genre, à l'image de pervers et de tare qu'il.le a de lui-même.

Pour Aube, dans le bilan de sa vie, de 0 à 15 ans, c'était la grande misère relationnelle, l'isolement, il faisait froid et humide en ces temps-là. Quelques souvenirs marquants reviennent avec insistance, particulièrement douloureux : « on nous contrôlait les slips et s'ils étaient sales, on nous faisait descendre l'escalier et passer devant les jeunes filles qui travaillaient, c'était extrêmement humiliant ». « Et il y avait cette sœur, Marie-Thérèse, qui dormait avec nous et qui prenait son chouchou pour dormir avec elle. Je l'ai été, mais je ne me souviens pas de ce qui se passait. Puis un jour, elle m'a rejeté, m'a dit que j'étais un traître, une mouche, une tare, elle a commencé à me maltraiter ». De tous ces souvenirs froids et humides, un événement surgit plein de douceur : « un jour, j'avais 12 ans, j'ai vu des jupes au galetas, je les ai essayées et j'ai ressenti un immense plaisir de bien-être. Ça

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

ne m'a plus quitté. ». Mais il n'osait pas le dire, « pas même en confession car c'est un péché, une tare, une déviance sexuelle. »

A 15 ans, Aube a été placée en famille d'accueil chez des ouvriers qui avaient plusieurs enfants et c'est là qu'il.le s'est épanoui, s'est senti aimé et important pour la première fois. Il.le enchaîne ensuite sur les débuts de sa vie sexuelle quelques expériences homosexuelles qui lui ont fait comprendre qu'il.le aimait les femmes. Il a été « dépucelé » par son épouse avec qui il.le aura 2 enfants (il.le est maintenant grand-père et heureux de l'être) et dont il.le divorcera 20 ans plus tard.

À partir de 30 ans, il.le a commencé à remplir sa vie le plus possible, activités artistiques, engagement social, travail, multiplication des conquêtes féminines. Puis un jour, il.le cesse tout, en espérant commencer une nouvelle vie, mais ce ne sera qu'une « lente dégringolade » dans l'alcool et la dépression. À 50 ans, il.le tombe dans une grande dépression, fait une tentative de suicide et, ce qui va le.a sauver, se fait hospitaliser pour traiter son alcoolisme. Depuis, il.le ne boit plus. Il.le aimerait rêver d'être aimé, mais il.le n'ose pas le faire puisqu'il.le ne peut s'accepter comme tel. Pour exister, il.le doit changer, il.le doit enterrer la femme qu'il.le ressent en lui, et en même temps, la tuer, ce serait aussi mourir à soi. Il me demande de faire quelque chose : je comprends « faites-moi sortir de ce paradoxe ».

Pour sortir du paradoxe, il a fallu s'accepter comme tel, dans la complexité. Peu à peu, Aube a appris à tolérer, et pourquoi pas aimer un peu, tant la femme que l'homme en soi. Elle a cessé de se traiter de pervers et de taré et a abandonné le besoin de se sentir coupable et honteuse. Dès lors, ses travestissements ont été vécus différemment, moins comme un besoin que l'on tente désespérément de renier, plus comme un plaisir, comme un moment que l'on s'offre. Étonnamment, ces moments féminins sont devenus moins fréquents et il.le a renoncé à toute forme de transition définitive. Ce travail a souvent impliqué la sexualité, car c'était le seul lieu où sa féminité avait le droit de s'exprimer. En même temps, ce lieu était sali par le fait même d'être dans la sexualité. Là aussi, il a fallu accepter d'avoir des espaces de jeu, des lieux de mises en scènes et d'expression de soi et de ses besoins. Finalement, Aube a cessé de lutter contre soi. Notre objectif de traitement me semble atteint. Nous avons alors pu parler du temps qui passe, de ce qu'est le vieillissement, le besoin d'aimer et d'être aimé, de se trouver une place dans sa famille, de toutes ces choses qui font l'expérience d'être humain.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Subjectivités, parcours de vie et étapes du devenir trans*[13]

Quels que soient le type de parcours de vie et les choix d'expression du genre (transition transsexuelle, transgenre, transvestisme[14]), le clinicien attentif au vécu subjectif relèvera plus de points communs que de différences. Ces similitudes interrogent le bien-fondé des typologies cliniques et font ressortir l'expérience trans* comme une manière particulière d'être au monde. Ces points communs, de l'ordre de l'expérience subjective de soi, de la manière de se vivre, des questions qui les traversent, transcendent les différences comportementales entre les personnes qui choisissent de faire une transition médicalisée, de ne pas en faire, de se travestir, de ne pas le faire. Elles sont présentées maintenant dans une perspective chronologique du parcours de vie.

Tout d'abord, le sentiment d'être différent dans son identité de genre apparaît très tôt, vers 4-6 ans en général (Kennedy & Hellen, 2010). Cependant cette différence n'est pas forcément visible par l'entourage, elle peut même ne pas être comprise par l'enfant lui-même en termes de genre, mais plus comme un sentiment extrêmement prégnant de ne pas correspondre à ce qui est attendu, d'être différent. Il s'ensuivra souvent un isolement relationnel et une faible estime de soi. Très souvent, l'enfant ou le préadolescent fait l'expérience de porter des vêtements de l'autre genre, ce qui est vécu comme une expérience intense de bien-être, un moment dont le souvenir reste présent et vivide des décennies plus tard. Pour les garçons biologiques c'est surtout le port de vêtements féminins qui est rapporté, tandis que pour les filles biologiques, c'est la participation non questionnée à une vie sociale de garçon. La puberté arrive alors comme un moment de rupture : le corps sexué adulte, avec le développement des caractères sexuels secondaires et la division genrée de la société, devient intolérable. Non seulement le.la jeune comprend mieux ce qu'il.elle ressent, mais vit aussi les transformations non désirées de son corps avec une immense violence. À ce moment-là, les risques de suicides et d'abandon de la scolarité sont particulièrement importants. De plus, les jeunes qui expriment une différence dans leur genre, en termes de comportements ou d'habillement, peuvent être les victimes de

13 Ces remarques sur le devenir masculin ou féminin des personnes trans* sont issues de mon travail de recherche doctoral sur la subjectivité trans* ainsi que de ma pratique clinique auprès de ces personnes. Elles sont également étayées par la littérature psychologique et socio-anthropologique, (voir Medico, 2011).

14 Voir lexique en fin d'article.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

violences (Wyss, 2004) directes et indirectes de la part de leurs pairs, mais aussi de l'entourage, des violences qui les marqueront profondément.

L'âge adulte sera souvent marqué par une immense difficulté à s'accepter dans sa complexité et par des tentatives tout au long de la vie de se conformer au genre qui leur a été assigné à la naissance et aux rôles sociaux qui y sont dévolus. Une grande souffrance psychique et relationnelle a été relevée tant dans la littérature en santé publique que dans l'expérience clinique. Les états dépressifs semblent directement associés à la non-acceptation de soi. Les rencontres avec des professionnels de la santé mentale qui ne comprennent pas leur situation et leur complexité ou pire, qui tentent de les positionner comme homme ou femme et « traiter » leur problème de genre, n'apportent aucun soutien, voire sont rapportées comme entraînant culpabilité, anxiété et ressentiments. Selon la Trans-European Policy Studies Association (Whittle *et al.*, 2008), 29,9 % des 2 575 répondants transgenres de divers pays européens ont fait une tentative de suicide à l'âge adulte. Un lien a été établi entre les discriminations vécues et la dépression. Les épisodes dépressifs surviendraient après une longue phase de tentatives de vivre dans le genre assigné (de naissance) (Pitts *et al.*, 2009).

La prise de décision de consulter et éventuellement de demander une transition de genre au plan hormonal (avec ou sans chirurgie génitale) survient en général après de très nombreuses tentatives de réprimer le sentiment d'être différent dans le genre. Le plus souvent, ce choix est présenté par les personnes comme le dernier recours pour sortir du malaise, de la dépression et, souvent, de l'envie de mourir (Pitts *et al.,* 2009).

Premier axe : construire une subjectivité narrative complexe et fluide

Pour penser la question transgenre, comme toute question LGBT[15], le psychothérapeute doit, dans une perspective développementale, l'envisager comme liée à deux co-facteurs : externe et interne. D'une part, une expérience de vie marquée par des violences[16], rejets, discriminations, humiliations,

15 Acronyme signifiant Lesbien, gay, bisexuel et transgenre.

16 Les travaux en santé publique (notamment ceux du Centers for Disease Control and Prevention [CDC] aux États-Unis, qui font référence en la matière) considèrent l'homophobie, la stigmatisation et la discrimination comme des déterminants sociaux de la santé. Les déterminants dits « sociaux » ne sont pas à envisager comme des éléments extérieurs à l'individu, mais bien comme des co-constituants de la subjectivité, de l'identité, du sens de soi. Le contexte d'homophobie et transphobie

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

insultes et, d'autre part, une intériorisation de cette violence qui se traduit parfois par une haine de soi, des tentamen jusqu'à 5 fois plus fréquents, des mises en danger de soi plus ou moins conscientes et des risques accrus de maladies psychiques et somatiques. La différence, mais surtout l'homophobie et la transphobie – à comprendre comme un contexte de vie directement ou indirectement hostile aux manifestations d'homosexualité et d'identité transgenre – sont reconnues comme entraînant des situations de vie plus difficiles et donc nécessitant des ajustements de la part des personnes concernées. La transphobie n'est pas uniquement le rejet, mais aussi l'invisibilité, la conception partagée qu'une identité sexuelle ou une identité de genre non conformes ne sont pas acceptables, voire pas pensables. Les personnes transgenres se confrontent aujourd'hui à cet « impensé » sociétal qui se traduit au plan intrapsychique par une impossibilité initiale de se penser soi dans sa différence, de la comprendre, de la symboliser. Lorsque cette différence devient pensable, l'enjeu fondamental est de l'accepter. De plus, même lorsque les personnes ont pu, après tout un travail personnel, se reconnaître comme personnes transgenres ou transsexuelles et s'accepter, le rejet social, les nombreuses discriminations et surtout les difficultés d'accès aux soins de santé et à une prise en charge adéquate de leurs besoins particuliers en matière de transition de genre, sont autant d'obstacles qu'elles doivent encore affronter.

En résumé, l'expérience subjective de soi des personnes trans* pourrait être décrite par le concept systémique de paradoxe ou de double-contrainte. Celles-ci sont prises, comme dans un étau, dans un système de genre qui ne permet pas de se penser et qui, en même temps, les oblige à se penser dans son système pour pouvoir être acceptées. Ensuite, quel que soit le chemin qu'elles choisiront et suivront, elles continueront à ne pas être acceptées. Pour penser et être, en dépit du paradoxe, il faudra déconstruire le système et s'inscrire en dehors.

Mes travaux qualitatifs sur l'expérience trans* dans sa diversité montrent des points communs de l'expérience trans* du genre qui peuvent être résumés comme suit :

- Les personnes savent qui elles sont : elles ne croient pas qu'elles sont des femmes dans un corps d'homme ou des hommes dans un corps de femme – ceci n'est qu'un acte de discours pour se faire

semble ainsi associé à la prévalence plus importante de difficultés psychologiques et troubles somatiques parmi la population LGBT, que l'on retrouve de manière récurrente dans la plupart des études.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

comprendre. Ce rapport est plus complexe et subtil, et ne semble être ni de l'ordre du délire ni de celui de la dysmorphophobie.

- Personne n'est tout à fait similaire à la *transexual narrative*[17], même celles qui ont fait le parcours médicalisé. De même, les autres catégories cliniques comme les transvesties, les transsexuelles secondaires et le diagnostic d'autogynéphilie ne semblent pas plus pertinentes si l'on envisage le vécu subjectif et non les comportements. En outre, d'autres parcours, d'autres manières de vivre, tant le genre que le corps et la sexualité, apparaissent en rupture avec les typologies, totalement en dehors : elles remettent en question à la fois les oppositions corps/esprit, sexualité/identité, masculin/féminin et proposent un modèle plus proche du métissage que de la dichotomie.
- Le parcours de vie est marqué par des luttes contre soi d'abord, puis par des luttes pour être reconnu par les autres. Les personnes témoignent de souffrances, de culpabilité et de la difficulté à exister dans une société qui ne les reconnaît pas.
- Le doute, les hésitations font partie de chaque parcours. Cette remise en question de soi peut être comprise comme une manifestation adaptée de la subjectivité.
- Le devenir féminin ou masculin procède par reterritorialisation de l'espace corporo-affectif, il construit des corporéités nouvelles en opposition à celles qui étaient censées exister en fonction du sexe/genre qui avait été assigné à la naissance.
- Le devenir féminin ou masculin est perçu comme une modification du rapport au temps, au corps, aux autres et finalement au monde. Il est vécu comme une possibilité de ressentir un corps plein, une harmonie, de prendre soin de soi, alors que le genre assigné est vécu comme une négation et un désinvestissement de la corporéité.
- La sexualité est pratiquement toujours impliquée dans le devenir du genre, elle est un lieu privilégié d'advenir à la féminité ou à la masculinité, un espace de territorialisation.

Il y a un long et difficile processus pour se penser en dehors du système de genre, car celui-ci structure le langage et la société et propose une dualité dont il n'est pas aisé de s'affranchir. Quelques étapes peuvent se dessiner et tout dépend du moment dans lequel la personne se trouve, soit avant la prise de conscience, pendant la phase d'exploration, ou après la transition. Ces étapes rejoignent en grande partie le modèle de Lev (2007) que nous commenterons à nouveau plus loin dans cet article.

17 Voir lexique.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

À la métaphore de la métamorphose, je préfère celles de la géographie et de l'appartenance, soit le voyage, la migration, le métissage. Le différent est là dès le départ, il est constitutif, il y a bien transformation, mais pas changement d'état. La personne trans* ne devient pas d'une autre espèce, elle démultiplie simplement les possibles de son espèce : l'humain. De plus, l'expérience trans* serait à décrire comme un processus dynamique, et non comme le point de départ et d'arrivée. C'est le chemin, le devenir qui est. Le travail du psychothérapeute devrait viser à ce que les personnes transgenres qui demandent son aide puissent trouver pour elles-mêmes des modes de métissages qui leur permettent de sortir de la dualité impossible du genre. Pour cela, il s'agit concrètement de pouvoir d'abord sortir de la souffrance sans objets, des sentiments de culpabilité, de la dévalorisation excessive et de l'identification de soi à un malade ou un pervers sexuel. Ensuite, ce travail implique de se décentrer de la perspective que seule la dualité des genres existe. Ainsi, les manifestations d'anxiété, de honte et parfois même les difficultés à se penser, que l'on peut rencontrer dans le travail clinique auprès des personnes trans*, sont à comprendre comme la difficile négociation des liens intersubjectifs, dans une société traversée par la binarité du genre qui voit ces personnes comme des « anormaux » et les désubjectivise. Le travail clinique devrait permettre l'acceptation de la complexité en soi comme une force, et non comme un manque ou comme un deuil à faire d'une partie de soi. Ce travail ne peut se faire qu'en étapes, comme dans tous les cas d'expériences abusives : il s'agit d'abord de reconnaître et nommer la situation avant de pouvoir la métaboliser en la dépassant. Dans ce contexte, les représentations de la normalité/pathologie du genre que véhicule le thérapeute ont une influence centrale. Le patient – celui qui souffre – ne pourra se dégager de l'étau qui enserre sa pensée sur soi que si la relation thérapeutique est un espace où le métissage est possible.

En effet, les personnes transgenres se situent en fait à l'intersection de trois négations : celle de ne pas pouvoir être, celle de ne pas trouver un chemin pour se penser et celle de ne pas être reconnue. Une mélancolie sans autorisation culturelle de deuil, dirait Butler (2009), serait le propre des expériences minoritaires[18]. Un minoritaire qui ne serait pas que numéraire, mais qui serait de l'ordre de l'absence de modèles, de destins tout tracés, de possibilités de se penser avec les outils symboliques d'une société qui les nie. L'individu n'a pas de récits alternatifs à sa souffrance, il ne peut

18 Butler réfère à l'homosexualité et, plus particulièrement, l'homosexualité féminine. Cette idée de « minoritaire » est utilisée ici en référence aussi aux travaux de Deleuze & Guattari (1980) et de Braidotti (2005/2006).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

penser, symboliser, faire le deuil. Il reste donc prisonnier d'un système de genre qui ne le représente pas et qui le nie dans sa subjectivité. S'en libérer nécessite une force d'auto-affirmation particulière, voire exceptionnelle. Le minoritaire est souffrance, mais il est aussi espace de liberté et possibilité d'invention.

Comprenons bien : ce n'est pas que la personne transgenre souffre de ne pas savoir qui elle est, ce n'est pas qu'elle ne reconnaît pas en elle un sentiment de soi. Il n'y a ni délire, ni erreur. Il semble plus juste de comprendre qu'elle ne peut se dire – à elle-même dans un premier temps, aux autres dans un second temps –, ou plutôt être reconnue comme valide dans ce qu'elle a à dire d'elle-même. Le sentiment relève surtout d'une expérience de ne pas être comprise, d'un enfermement en soi et d'un manque relationnel. Si l'on se situe dans une compréhension de la subjectivité comme étant intersubjective (Coelho & Figueiredo, 2003 ; Stern, 2003 ; et les travaux du constructionisme social de Gergen, 1994, 2005) et non plus en circuit fermé, la souffrance des personnes trans* peut être comprise comme issue de leur différence, par le fait qu'en raison de celle-ci, elles ne sont pas reconnues, mais plutôt déniées et finalement, elles introjectent[19] ce déni dans leur propre sentiment de soi.

Le fait de se penser dans la différence du genre ne peut se faire sans références au système de genre. Il est très difficile de sortir de ces ornières de pensée, mais surtout, il est très difficile de communiquer en dehors d'elles. La langue est genrée et même la présentation esthétique de soi l'est. Tantôt masculin, tantôt féminin, il est malaisé de garder une position stable lorsque l'on évoque des expériences, des contextes, des situations où l'on est différent(e) du moment où l'on parle. Le problème, on le comprend ici, est cette distorsion, vécue comme une incohérence entre le dedans et le dehors par les personnes concernées, et le fait que l'expression du genre peut être situationnelle. Les mots et schémas du dehors ne traduisent pas les émotions et ressentis du dedans.

---

19 Le diagnostic de « gender deprivation anxiety disorder », proposé par Vitale (2005), illustre l'impact du déni d'existence qui est vécu comme une anxiété, un vide en soi, une souffrance. Mais ce déni n'est pas que négation, il est aussi dévalorisation et captation. La plupart font très attention à ne pas « paraître transgenre », non seulement en raison des stéréotypes négatifs, mais aussi pour ne pas être vu.e.s et pensé.e.s uniquement en fonction du genre, pour ne pas être perçu.e.s comme des personnes qui n'en sont pas, pour ne pas être désubjectivé.e.s.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Le psychothérapeute est aussi amené à accompagner les personnes dans la construction d'un discours sur soi vers l'extérieur, éventuellement dans un processus proche de ce qui a été décrit comme un coming out. Les personnes trans* ont intériorisé les discriminations et violences reçues en violences sur soi ; celles-ci font irruption dans leur vie sociale, les empêchant parfois de construire des liens avec l'entourage et pouvant les amener dans des positions de défiance. Le travail clinique devrait être un lieu pour reconstruire les liens aux autres. Ensuite, de manière plus concrète, il pourra s'agir d'aider la personne à faire son coming out, de l'accompagner dans la révélation de soi auprès de l'entourage et des milieux professionnels, comme le propose également Bockting (2008). Une expérience de soi récurrente chez les personnes trans* est un sentiment d'isolement et de profonde différence qui a amené à une position extérieure dans laquelle la personne porte sur elle un regard extérieur et où la position de sujet est difficile à prendre.

Deuxième axe : construire une subjectivité incarnée, de la guerre de territoire vers un accord de paix

L'expérience de vie des personnes trans* leur a fait souvent perdre toute relation de confiance avec leurs propres ressentis corporo-affectifs. Les prendre en compte, les accepter et développer un sens de soi plein et non plus dans le rejet de soi, serait une étape importante de tout travail thérapeutique. De plus, bon nombre de personnes trans* ont accepté les discours cliniques comme des vérités pour eux, et envisagent leur propre sexualité comme un problème, ce qui participe à la désubjectivation qui me semble être le propre de la souffrance trans*. Ainsi, la psychologie et les autres pratiques cliniques de type « psys », comme la sexologie et la psychiatrie, devraient prendre en compte la sexualité, non plus comme une preuve de pathologie ou comme un critère diagnostique, mais comme une manière de créer de la subjectivité ; elles auraient donc à la prendre pour ce qu'elle est et à ne pas la dénaturer ; l'idée de la sexualité est une manifestion de la subjectivité et un lieu d'advenir à soi.

L'expérience incarnée de soi est non seulement centrale dans le vécu trans*, mais est aussi rapportée comme le déclencheur et le lieu du devenir trans*. Être trans*, ce n'est pas seulement changer son corps en termes de genre, c'est surtout se ressentir différent et entreprendre un voyage de modifications des ressentis corporels et sexuels, un voyage qui est aussi la perte des repères dans un genre et la découverte d'une nouvelle forme de corporéité, plus ou moins genrée, plus ou moins complexe.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Ce devenir dans le corps, que je nomme territorialisation en référence à Deleuze & Guattari (1980), passe par trois voies qui marquent le devenir féminin et le co-construisent dans un processus en spirale : soit celle des modifications corporelles, celle des incarnations vécues dans les travestissements et celle des incarnations vécues dans la sexualité.

Les modifications corporelles servent à construire un corps plus féminin, dans son apparence, mais aussi dans ses potentialités de ressenti. Ainsi, les hormones, vécues comme des principes de féminisation ou masculinisation, font apparaître plus cohérent dans le genre désiré, mais influencent aussi la façon de se ressentir dans des émotions et sensations corporelles connotées comme féminines ou masculines. Les modifications corporelles sont très fréquentes. Les personnes trans* prennent des hormones pour une transition classique ou pour devenir transgenre et métis, dans le but de développer une sensorialité et un corps plus proche du genre désiré. Ainsi, la transition classique n'est pas la seule voie. Plusieurs souhaitent juste une poitrine féminine ou enlever des appendices disgracieux et intolérables, ou souhaitent un corps transgenre, androgyne ou même sans attributs visibles du genre. Ces corps ouvrent aussi à de nouvelles subjectivités, dont celle du métis qui trouve quelque part un chemin en dehors des schémas de genre dichotomiques. Ce métissage est de plus en plus présent, que ce soit dans les mouvements associatifs, dans les revendications politiques ou encore dans les demandes faites aux cliniciens (Bockting, 2008).

Au plan de la sexualité et de manière expériencielle, ce devenir est la perte progressive du plaisir/désir dans le genre assigné et du corps de naissance, associée à un investissement faible de la corporéité dans ce genre, elle-même connotée dans des mots de l'inexistant, du non-ressenti, de l'imposition extérieure de performance et du refus. Avec le devenir du genre désiré qui s'actualise, la corporéité sur un mode s'estompe. Il s'incarne en parallèle dans un autre mode par les modifications corporelles et dans l'expérience érotique de soi, dans la sexualité. Ainsi, pour les personnes MtF[20] par exemple, Les symboles du masculin – le pénis, l'érection, le plaisir de type éjaculation, la pénétration en position de dominance – perdent leur intérêt et disparaissent. Une corporéité vécue comme féminine se développe en parallèle. Elle est faite de douceur mais surtout de sensorialité plus prononcée, d'un sentiment de calme, de bien-être et de volupté. Elle modifie l'expérience de soi incarnée et participe à créer un sentiment féminin de soi.

20 Male to female : désigne les personnes assignées au masculin à la naissance et désirant un genre plus féminin.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Une hypothèse de compréhension de l'ordre de la causalité peut être posée ici. Comme ce n'est que dans la corporéité du genre désiré non seulement qu'il.le.s se sentent bien, mais se sentent tout court, ce n'est qu'en prenant corps dans le genre désiré qu'il.le.s ont une impression d'existence pleine. Cette constatation soulève la question du désir et du manque. Peut-on dire que c'est parce qu'il y a manque – manque de ne pas être femme ou homme –, qu'il y a désir, dans une logique où le deuil de la toute-puissance, de la dualité originelle, du corps de la mère n'aurait pas été fait ? Ou alors, y a-t-il manque parce qu'il y a désir ? « Comment ne manquerait-il pas de ce qu'il désire ? » (Deleuze & Guattari, 1980, p. 191). Placer le désir et la force pulsionnelle avant la symbolisation, c'est donner au sentiment d'intensité, de bien-être, de familiarité… une valeur dans l'élaboration même du symbolique et donc peut-être du genre. J'essaie de mettre en lumière ici le fait que le devenir du genre est un processus subjectif de construction de soi : un désir qui relève d'une quête d'un sentiment positif de soi, qui a été associé, dans un processus secondaire, au genre. Ensuite, ce désir s'actualise dans un devenir, tant subjectif que corporel et érotique.

L'aspect corporo-affectif n'est pas seulement un épiphénomène du devenir mais son origine, son moteur et son lieu. Le genre, avec le système de genre et son rapport au symbolique, langage, discours, s'avère être un concept écran qui sert à communiquer une narration de soi mais qui est déjà, en elle-même, inadaptée à ce qu'elle essaie de dire. En d'autres mots, ce n'est pas vraiment une question de genre dans la dichotomie, c'est une question de multitude, de liens, de pouvoirs, d'affects, de sentiments, de sensations. Et ceci résume mon propos sur la question trans* : le genre n'étant qu'un processus secondaire, les personnes trans* ne sont que les révélatrices des failles de notre système de genre. Elles ne sont en rien qualitativement différentes de tout un chacun, mais peut-être que, quantitativement, le système de genre est plus inadapté que pour les autres. Peut-être qu'elles n'ont pas pu traduire leur complexité dans une langue trop simple pour elles, mais peut-être aussi, et comme le montre leur expérience de la corporéité et de la sexualité, nous pouvons tous reterritorialiser nos corps, nos ressentis, nos sexualités.

La subjectivité trans* s'exprime et se construit dans une référence continue et changeante à la corporéité. Le devenir féminin n'est pas une question qui peut faire l'économie du rapport au corps. Il s'agit essentiellement de « se sentir » et « ressentir », tout à la fois au niveau subjectif et corporel. Car le corps, loin d'être dénié chez la plupart des personnes trans*, loin de la croyance de certaines d'une « erreur sur le corps » et des discours

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

psy* pour lesquels les vrais transsexuels n'ont pas de sexualité, est bien au contraire le territoire du comment on devient. La subjectivité trans* est marquée par une lutte, contre soi d'abord, pour tenter de contenir et contrôler un personnage féminin qui veut s'exprimer ; avec les autres ensuite, pour trouver une place d'existence et être reconnue. Le fait de construire son corps, le transformer, le féminiser, c'est aussi une manière d'être-au-monde et de se situer face aux autres dans une société fortement marquée par les rôles de genre. Se féminiser ou se masculiniser représente une solution, une manière de s'accepter et de cesser de lutter et, également, une façon de trouver une cohérence entre un vécu de soi, du dedans, et une image de soi, du dehors, de ce que les autres peuvent percevoir et attendre de soi.

La question de devenir répond en écho à celle de l'existence. La complexité de l'existence des personnes transgenres est d'être en dehors des deux grandes positions du genre admises et partagées par la société dans laquelle elles vivent. Être les deux, être entre les deux, c'est aussi « n'être rien » dans un système à la logique binaire et « devenir quelque chose » est une préoccupation largement partagée. La place sociale semble être aussi une place d'existence et le combat exprimé par les personnes interrogées semble se situer là : comment être quelqu'un et ne pas « être rien » ? Dans cet enjeu de vie, la corporéité et le lien aux autres sont des éléments fondamentaux : le corps représente à la fois ce qui est donné à voir et ce qui produit le ressenti qui, à son tour, semble fonder l'authenticité de leur être. Devenir, c'est le processus de reterritorialiser les corps pour faire les subjectivités et dans ce devenir, il s'agit de passer de la guerre de territoire, où un genre veut exproprier l'autre, à un accord de paix entre les multiples en soi, entre le masculin et le féminin, de trouver une position plus stable qui accepte la complexité.

La formation des cliniciens

La formation des cliniciens qui souhaitent travailler auprès des personnes trans* devrait comprendre deux axes, celui des connaissances et celui des représentations (plus ou moins conscientes) du genre. Tout d'abord, les psychothérapeutes ne peuvent faire l'impasse sur le système social dans lequel les personnes trans* vivent. Ils devraient connaître leurs réalités sociales et expériencielles et comprendre l'importance des situations de discrimination dans la construction de la subjectivité. Ils devaient également connaître les enjeux médicaux, chirurgicaux, hormonaux et travailler en réseau avec les autres professionnels impliqués et dans une perspective plus large que celle de la transition transsexuelle. De plus, dans l'accompagnement

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

des personnes trans*, des étapes semblent se dessiner dans la plupart des suivis. Les attitudes du thérapeute ainsi que les sujets à travailler évoluent en fonction de ces étapes car au fond, accompagner les personnes trans* s'apparente d'une certaine manière à une maïeutique où un individu naît à soi-même. Arlène Istar Lev (2007), psychothérapeute américaine reconnue pour son engagement et ses travaux auprès des personnes trans*, propose un modèle développemental en 6 phases dans la prise de conscience et la décision de transition. Son modèle étant pertinent pour le travail thérapeutique, il sera présenté ici, et des commentaires plus précis issus de notre pratique y sont ajoutés en italique dans le texte.

Modèle d'Arlène Istar Lev (2007, p. 154) du travail thérapeutique auprès des trans*

1) **Prise de conscience** : moment dans lequel les personnes sont dans la plus grande détresse, le thérapeute doit alors normaliser les expériences impliquées dans la prise de conscience du vécu transgenre. *Cette phase peut être relativement longue, surtout pour des personnes vivant dans des contextes sociaux, familiaux, professionnels ou moraux rigides. C'est le moment le plus à risque de tentatives de suicide et de dépression. Cette phase consiste en deux temps distincts : avant la compréhension que le sentiment d'inadéquation au monde est lié à la question de genre ; et moment d'ambivalence, d'hésitations, de doutes, de peurs.*
2) **Recherche d'information et l'avènement à soi** : à ce moment, les personnes recherchent intensément du support de leurs pairs et de l'information sur la transition, l'habillement et les expériences des autres. La tâche du thérapeute est alors de faciliter ces contacts et d'encourager les liens aux autres. À *cette période, les personnes trans* montrent souvent un grand enthousiasme face à la découverte de soi et des nouveaux possibles qui les entourent. Elles peuvent prendre des décisions très rapidement et changer d'avis tout aussi rapidement. Le thérapeute, en s'installant dans une position d'acceptation et de normalisation de cet état, permettra de passer cette seconde phase au mieux. La métaphore de l'adolescence (moment de bouleversements, nouveautés, instabilité) peut être utile et elle est en générale partagée par les personnes concernées qui font aisément le lien entre leur vécu du moment et une forme de nouvelle adolescence dans le genre désiré.*
3) **Révélation aux personnes significatives de l'entourage** : les personnes préparent et se révèlent alors à leur conjoint(e), famille, amis,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

voire au travail. Le thérapeute doit permettre une intégration la plus harmonieuse possible de la personne trans* dans son système familial. *Il s'agit ici d'accompagner le coming out auprès de l'entourage et dans le travail individuel. Cette étape est fondamentale car les contre-attitudes parfois négatives de la personne, l'anxiété et les rejets vécus précédemment peuvent être des obstacles à l'acceptation de l'entourage. Il s'agit concrètement de faire des choix stratégiques, d'entendre les réactions et contre-réactions, de conseiller. Les études sur les regrets postopératoires montrent que les principaux facteurs de regrets sont la non-acceptation de la famille et le désancrage social. Ce moment est donc fondamental pour l'avenir de la personne trans* et, dans notre expérience du réseau Trans* d'Agnodice en Suisse, la plupart des familles acceptent, s'habituent et intègrent les personnes trans*. Il faut parfois un peu de temps, voire quelques séances de thérapie en famille ou en couple pour entendre les peurs et recevoir des explications sur les enjeux concrets (légaux, médicaux, les expériences d'autres personnes dans la même situation). Parfois aussi, l'entourage se sent coupable, surtout les parents, d'autres fois, surtout dans les couples, le conjoint ou la conjointe se sent incompris voir floué. Le thérapeute ne devrait pas négliger ces aspects car le bien-être de la personne trans* qui est son ou sa cliente y est directement lié. Par contre, je déconseille d'imposer la venue des membres de la famille, comme il est d'usage dans certains centres, dans l'optique de débusquer une éventuelle « vérité » de la transsexualité.*

4) **Exploration de l'identité et nomination de soi** : la quatrième phase est marquée par une exploration et une ouverture à la fluidité des expériences de genre et d'identité. À ce moment-là le thérapeute peut se centrer sur ces aspects. *De mon expérience, la position la plus confortable en termes de genre est une construction qui nécessite un peu d'exploration et surtout une ouverture à une certaine complexité. Si, au début de la démarche, les personnes sont très catégoriques sur leur désir de féminité ou de masculinité, ce sentiment se complexifie et devient aussi plus intégré. La possibilité de se penser entre deux est un plus qui offre la possibilité de se dire et se vivre plus en harmonie.*

5) **Exploration des possibilités de transition et de modifications corporelles** : la personne se pose des questions et prend des décisions sur la prise d'hormones, l'épilation et les chirurgies (de la poitrine, génitales, faciales, de la voix), le thérapeute doit l'accompagner dans ces décisions. *Il est courant que les personnes aient déjà entrepris des modifications corporelles définitives, surtout l'épilation et l'hormonothérapie.*

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Les enjeux portent le plus fréquemment autour de la chirurgie génitale, la faire ou pas. Cette décision est souvent fonction de la possibilité de vivre avec le corps tel qu'il est et l'importance de la sexualité. De plus en plus de trans renoncent à la chirurgie génitale (surtout les FtM*[21]*). Toutefois, l'hormonothérapie et l'ablation des seins vs. la reconstruction mammaire peuvent être fortement désirées. Ce qui est recherché est alors de pouvoir passer en homme ou femme et ainsi de faciliter la vie quotidienne.*

6) **Intégration-acceptation et post-transition** : dans cette dernière phase, la personne est capable d'intégrer son identité trans*, le thérapeute doit l'accompagner dans l'intégration post-transition. *Dans le cas précis des transitions transsexuelles avec chirurgie, une adaptation au nouveau corps, nouvelles sensations, nouvelle identité peut prendre plusieurs mois. La personne trans* a beaucoup rêvé de ce moment, mais la réalité est quelquefois inattendue. De plus, les résultats opératoires ne sont pas toujours tels qu'attendus et des chirurgies répétées doivent être parfois vécues ; les personnes se sentent alors particulièrement désespérées et le soutien du thérapeute peut s'avérer nécessaire. Dans d'autres cas, c'est la nouvelle sexualité et les nouvelles sensations qu'il s'agit d'explorer, ce qui implique aussi le deuil de la sexualité telle qu'elle était vécue et ressentie avant et la nécessité d'investir érotiquement différemment le corps.*

Dans le second axe de la formation, les cliniciens devraient effectuer un travail réflexif et autoréflexif sur leur rapport au genre et à la sexualité et les théories psychologiques qu'ils ont apprises et construites. L'enjeu central dans la prise en charge clinique des personnes trans* est surtout relationnel et intersubjectif. Le genre atypique peut parfois empêcher de penser en dehors de ce que nous pouvons percevoir comme discordant par rapport à nos propres schèmes mentaux et culturels. Ainsi, les cliniciens sont souvent obnubilés par ce qu'ils voient et ne comprennent pas, leur attention se focalise à outrance sur le genre qu'ils envisagent comme un signe d'anomalie et qui prend toute la place. Or, le travail clinique serait justement d'opérer le retournement et de voir la personne derrière le genre, de construire avec ceux qui consultent une relation intersubjective authentique qui les mette dans une position d'existence. Les psychothérapeutes verraient derrière le genre autre chose que le genre : voir la personne, ses affects et sa manière de vivre son corps, son chemin pour trouver sa cohérence malgré la multiplicité.

---

21 Female to Male : désigne les personnes assignées au féminin à la naissance et désirant un genre plus masculin.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Le genre n'est qu'un concept écran, secondaire, fruit d'un processus de traduction des multiples ressentis selon une grammaire binaire et d'une mise en actes, performance de ses normes. En d'autres mots, et pour paraphraser Maffessoli (2003), il s'agit pour le clinicien d'entrevoir que la « dimension quotidienne de la duplicité est, en fait, le signe flagrant de son aspect anthropologique ». Toute attitude clinique nécessite un travail autoréflexif sur les résonances et/ou réactions contre-transférentielles du clinicien. Ceci est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit d'être en relation avec des personnes qui remettent en question les impensés du genre et de la sexualité. Ce travail autoréflexif avec un accent particulier sur les questions de genre et de sexualité est incontournable. De même, le clinicien doit porter attention à ne pas faire passer ses théories, quelles que soient leurs origines, avant le vécu, le sien comme celui de l'autre en face de lui.

Pour conclure, changeons nos métaphores…

L'éthique de Braidotti qui prend en compte la nécessité de la souffrance pour devenir soi dans un processus moléculaire apporte, à mon sens, une vision plus réaliste et finalement, plus pragmatique pour les personnes trans*. La limite des transgenres est le regard de l'autre qui ne les autorise pas à être, ne les reconnaît pas. C'est une souffrance, mais comme les autres souffrances, elle peut être acceptée et dépassée : c'est aussi cela le devenir.

L'expérience transgenre est aussi un fantastique observatoire du contemporain, qui permet d'éclairer et de mettre en contraste l'expérience humaine du genre, de la sexualité, de la subjectivité. Si elle n'est pas vue d'emblée comme une pathologie, elle peut être vraiment opérante et riche, montrant les potentialités de l'être humain à transcender le genre pour coloniser de nouveaux corps comme on colonise un territoire.

Pour se libérer du système de genre, les personnes qui se sentent différentes dans leur genre ont pris diverses voies et construit différents arrangements entre expérience intime du genre et manières de le performer tant aux plan social que corporel. La métaphore de la conquête du territoire traverse cette expérience : le nouvel habitant dépossède progressivement les résidents, à mesure qu'il gagne du terrain. Ou alors il peut construire une relation d'échanges et de pacification, de partage du territoire, le masculin cohabite avec le féminin et l'individu exprime sa complexité. L'expérience trans* a, jusqu'à récemment, emprunté surtout la première voie. Elle y a été aidée, pensée, puis encouragée, par la médecine. Aujourd'hui, elle s'y

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

trouve presque contrainte. C'est le contrecoup du dispositif de médicalisation qui se ferme sur lui-même, l'idéologie unique de la transition transsexuelle classique qui forme certains et en exclut d'autres.

Or, l'expérience subjective des personnes transgenres est un devenir et une mise en tension. Car être homme ou être femme, féminin ou masculin, n'est que ce que l'on en fait : c'est une performance au sens de Butler, un devenir au sens de Deleuze & Guattari. Cette mise en tension tient à cette expérience du genre qui oscille entre l'impression de devoir être unique et celle de se sentir plusieurs ; avec, au cœur de cette expérience, le paradoxe du besoin de reconnaissance dans le lien intersubjectif, à la fois moteur du devenir et objectif inatteignable. Comme l'expriment les personnes trans* que j'ai rencontrées, il n'y a pas de place pour qui il.le.s sont, qui il.le.s se sentent être. Le devenir transgenre devient ainsi un voyage sans port d'arrivée.

Pour une large part, le système dominant en clinique se rattache encore au paradigme de la dichotomie, à la naturalisation du genre et à sa médicalisation, à la *transexual narrative* et à des pratiques décrites comme maltraitantes. De plus, la clinique « psy* » dans ses théories et ses pratiques a peut-être tendance à se développer en vase clos, faisant fi des autres courants de pensée en sciences humaines et en s'inscrivant au plus proche de la médecine et des sciences qui manipulent des objets plus tangibles et mesurables, ce qui l'écarte des réalités sociales et donc aussi psychologiques de ses usagers. La posture clinique basée sur la diversité du genre reste encore minoritaire dans les pratiques. Elle est également encore peu élaborée au niveau des théories cliniques, même si d'autres champs comme la sociologie, la philosophie et les études genre l'ont développée depuis longtemps. Il lui manque surtout un ancrage cohérent au plan théorique, épistémologique et phénoménologique dans une théorie de l'humain comme agent qui soit adaptée au contemporain. Mais elle est en chemin, poussée par l'exigence de ses usagers qui ne veulent plus être ni traités ni maltraités, qui veulent être sujets de leur vie, tout simplement.

Par l'acceptation de soi dans la différence, les personnes transgenres vont peut-être, non pas trouver, mais inventer et montrer une nouvelle voie, celle des métis transgenres qui ont cessé de se penser comme pathologiques et qui s'imposent dans leur droit à l'existence entière, faisant fi des distinctions entre naturel et non naturel, entre hommes et femmes. Et nous, psychothérapeutes, nous pouvons les y accompagner dans le chemin que nous connaissons : celui de l'acceptation de soi dans la complexité.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Pour conclure, je souhaite reprendre les mots de Claude Esturgie, qui expriment un point de vue que je partage :

> « Quelles qu'elles soient, il faut comprendre les théories sur le genre et la sexualité comme des hypothèses, voire des fictions, et non comme des explications scientifiques ou des vérités dogmatiques : elles permettent seulement de proposer une grille de lecture et doivent toujours s'effacer devant la complexité des phénomènes vivants. Mais elles sont en même temps une trame sur laquelle le thérapeute et son patient (celui qui souffre) vont tenter, à la demande de ce dernier, de modifier son mythe personnel dans la cocréation éventuelle d'un nouveau mythe, plus habitable, grâce à un travail commun de déconstruction-reconstruction narrative. » (Esturgie, 2008, pp. 133-134).

Au mythe de l'erreur sur le corps peuvent se substituer ceux du nomadisme, des métissages, des voyages, des territoires à explorer, pour mettre du mouvement dans les expériences de vie bloquées dans un système de genre et une médicalisation qui ne les reconnaissent pas. Et, peut-être… retrouver un sens de soi positif, incarné, vivant, ancré, en devenir.

Lexique

Transgenre : personne ayant une subjectivité de genre différente de celle assignée à la naissance.

Transgenderisme et identité trans* : sentiment identitaire et d'appartenance à un genre trans* qui ne serait ni masculin, ni féminin et pouvant se décliner dans une palette allant de la transsexualité au sentiment d'être androgyne ou simplement d'être différent dans son sentiment et expression sociale et esthétique du genre. Il peut également s'appliquer à des personnes qui alternent des moments ou périodes dans un genre et dans l'autre.

Transsexuel.le : personne ayant entrepris une transition médicalisée du genre pouvant aller jusqu'à la chirurgie de réassignation génitale du sexe.

Transsexuel.le primaire vs secondaire : catégories nosologiques et médicales servant à identifier les candidats à une réassignation de genre médicale. Les primaires se caractérisent par une identification précoce au genre opposé et un récit de type « transsexual narrative », les second.e.s par une identification plus tardive à l'autre genre et rapportent des comportements de travestissement.

Transsexual narrative : récit typique et attendu de l'histoire de vie et de la subjectivité de type transsexuel.le primaire.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

Autogynéphilie : catégorie inventée par Blanchard signifiant « fantasme de soi en femme » et étant supposément un type de paraphilie dans laquelle la personne s'excite sexuellement en s'imaginant être une femme. Ce fantasme serait le propre des transsexuelles non primaires selons son auteur.

Transvestie : personnes portant occasionnellement ou de manière habituelle des vêtements, attitudes comportementales et esthétiques généralement propres à l'autre genre (que celui attribué à la naissance), avec ou sans expérience érotique associée. Le débat est ouvert concernant leur subjectivité de genre, identité et le caractère paraphilique de leur comportement.

Trouble de l'identité de genre : appelation médicale pour qualifier les subjectivités de genre différentes de la norme sociale, soit un sentiment identitaire de féminité pour les femmes et de masculinité pour les hommes.

Dysphorie de genre : diagnostique remplaçant celui de « trouble de l'identité de genre » dans la version 5 du DSM. Réfère à un malaise persistant et une souffrance avec son genre necessitant une prise en charge thérapeutique.

WPATH : world professional association for transgender health. Organisation professionnelle édictant les standards de soin pour personnes transgenres et transsexuelles, soit les SOC version 7.

Références

BIZE R., VOLKMAR E., BERRUT S., MEDICO D., BALTHASAR H., BODENMANN P. & MAKADON H.J. (2011) : Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Revue Médicale Suisse* **7** : 1712-1717.

BOCKTING W.O. (2008) : Psychothérapie et expérience de vie réelle : de la dichotomie à la diversité de genre. *Sexologies* **17** : 211-224.

BOCKTING W.O. & COLEMAN E. (1993): A comprehensive approach to the treatment of gender dysphoria. In W.O. BOCKTING & E. COLEMAN (eds.): *Gender dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management*. pp. 131-155. Haworth Press, New York.

BOLIN A. (1994): Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. HERDT (ed.): *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. pp. 447-486. Zone Books, New York.

BRAIDOTTI R. (2002): *Metamorphoses : Towards a materialist theory of becoming*. Polity Press/Blackwell, Malden, MA.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

BRAIDOTTI R. (2005/2006): Affirming the affirmative: On nomadic affectivity. *Rhizomes* **11/12**.

BURDGE B.J. (2007): Bending gender, ending gender: Theoretical foundations for social work practice with the transgender community. *Social Work* **52**(3): 243-250.

BUTLER J. (1993a): Critically queer. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* **1**: 17-32.

BUTLER J. (2006a) : *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. La Découverte/Poche, Paris.

BUTLER J. (2006b) : *Défaire le genre*. Éditions Amsterdam, Paris.

BUTLER J. (2009) : Le transgenre et « les attitudes de révolte ». In M. DAVID-MENARD (ed.) : *Sexualités, genres et mélancolie. S'entretenir avec Judith Butler*. pp. 13-33. Campagne Première, Paris.

COELHO N.E. & FIGUEIREDO L.C. (2003) : Patterns of intersubjectivity in the constitution of subjectivity: Dimensions of otherness. *Culture and Psychology* **9**(3): 193-208.

DELEUZE G. & GUATTARI F. (1980) : *Capitalisme et schizophrénie 2. Mille Plateaux.* Éditions de Minuit, Paris.

DIAMOND M. (2001) : Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different. *Clinical Child Psychology & Psychiatry* **7**(3): 320-334.

DIAMOND M. (2004) : Sex, gender, and identity over the years: A changing perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* **13**: 591-607.

EKINS R. & KING D. (1997): Blending genders: Contributions to the emerging field of transgender studies. *The International Journal of Transgenderism* **1**(1).

ESTURGIE C. (2008) : *Le genre en question ou questions de genre*. Éditions Léo Scheer, Paris.

GERGEN K.J. (1994): *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

GERGEN K.J. (2005) : *Construire la réalité*. Paris, Seuil.

HERDT G.H. (1994): Introduction: Third sexes and third genders. In G.H. HERDT (ed.): *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. pp. 21-81. Zone Book, New York.

HIRSCHAUER S. (1997): The medicalization of gender migration. *International Journal of Transgenderism* **1**(1).

KENNEDY N. & HELLEN M. (2010): Transgender children, more than a theoretical challenge. *Graduate Journal of Social Science* **7**(2): 25-43.

KESSLER S.J. & MCKENNA W. (1978): *Gender. An ethnomethodological approach*. Wiley, New York.

LEV A. I. (2007): Transgender Communities: Developing Identity Through Connection. In K.L. BIESCHKE, R.M. PEREZ & K.A. DEBORD (eds.): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender clients (2nd revised ed.)*. pp. 147-176. American Psychological Association, Washington, DC.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur

MAFFESSOLI M. (2003) : *Notes sur la postmodernité. Le lieu fait lien*. Éditions du Félin, Paris.

MAY K. (2002): Becoming women: Transgendered identities, psychosexual therapy and challenge of metamorphosis. *Sexualities* **5**(4): 449-464.

MEDICO D. (2011) : Le devenir féminin transgenre. Une étude qualitative et réflexive sur le genre, la corporéité et la subjectivité sexuelle (thèse de doctorat, Université de Lausanne, Suisse). Lausanne, s.n.

NAMASTE V. (2000) : *Invisible lives. The erasure of transsexuals and transgendered people*. University of Chicago Press, Chicago, IL.

NESTLE J., WILCHINS R. & HOWELL C. (eds.). (2002): *Gender queer: Voices from beyond the sexual binary*. Alyson Books, Los Angeles/New York.

PITTS M.K., COUCH M., MULCARE H., CROY S. & MITCHELL A. (2009): Transgender people in Australia and New Zealand: Health, well-being and access to health services. *Feminism & Psychology* **19***(*4): 475-495.

PROSSER J. (1998): *Second skins: The body narratives of transsexuality*. Columbia Univesity Press, New York.

SIRONI F. (2003) : Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. *Pratiques Psychologiques* **4** : 3-13.

STERN D. (2003) : *Le moment présent en psychothérapie: un monde dans un grain de sable.* Odile Jacob, Paris.

VITALE A. (2005): *Rethinking the gender identity disorder terminology in the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV*. Retrieved from: www.avitale.com/hbigdatalkplus2005.htm

WEEKS J. (1985): Sexuality and its discontents. Meanings, myths and modern sexualities. Routledge, London/New York.

WEEKS J. (1987): Questions of identity. In P. CAPLAN (ed.): *The Cultural Construction of Sexuality*. pp. 31-51. Tavistock/Routledge, New York / London.

WHITTLE S., TURNER L., COMBS R., & RHODES S. (2008): *Transgender Euro Study: Legal survey and focus on transgender experience of health care*. ILGA Europe, Bruxelles.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANGENDER HEALTH (2011) : S*tandards de soin pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conformiste (version 7).* http://agnodice.ch/IMG/pdf/Standards_de_Soins_WPATH_v_Fr_2013-2.pdf

WYSS S. (2004): « This was my hell »: The violence experienced by gender non-conforming youth in US high schools. *International Journal of Qualitative Education* **17**(5): 709-728.

ZHOU J.-N., HOFMAN M.A., GOOREN L.J.G. & SWAAB D.F. (1995): A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature **378***: 68-70.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université du Québec à Montréal - - 132.208.246.237 - 23/10/2019 18:58 - © De Boeck Supérieur