



Association du Syndrome de Benjamin:

ASB c/o CGL

3, rue Keller

75011 Paris / France • tel. (33) 1 43 57 21 25

<http://www.asbfrance.org>

Site web de l'auteur: <http://syndromedebenjamin.free.fr>

QUAND LES “PSYS¹” SONT EFFRAYES PAR LES TRANSSEXUELS...

Résumé:

C'est en tant qu'homme, ex-transsexuel², psychologue clinicien diplômé de l'Université Paris 8, co-fondateur de l'Association du Syndrome de Benjamin et activiste VigiTrans que je m'exprime.

Ce texte a été écrit en réaction aux propos tenus par Colette CHILAND dans un article sur la transsexualité paru dans le magazine RES PUBLICA de septembre 2001 afin de faire aussi entendre la parole trop souvent ignorée des transsexuels. Dans un premier temps, cet article a été accepté puis au moment où il aurait dû paraître la direction du magazine à changé d'avis. Lors du séminaire “transsexualisme et identité” à l'hôpital Sainte Anne le mercredi 18 décembre 2002, j'ai demandé à Colette CHILAND quelle solution thérapeutique elle avait proposé à “Victor”. La réponse qu'elle m'a donnée, et surtout sa réaction, me font penser qu'elle avait lu mon article, ce qui explique probablement le revirement de RES PUBLICA qui avait complaisamment publié celui de Colette CHILAND.

L'article qui suit utilise des extraits des écrits de divers “psys” ayant des positions négatives à l'encontre des trans pour étayer mon argumentation. Ils sont moralistes, discréditants, voir injurieux, sexistes, homophobes, et transphobes. Ces écrits montrent la frayeur de leur auteurs et leur méconnaissance profonde de la question transsexuelle qui restent accrochés à des théories obsolètes et inadaptées.

La prise de parole par des transsexuels ou des transgenres pour contrer les professionnels qui parlent à leur place est une nouveauté en France. Cela va de pair avec la réappropriation de leur identité par l'auto nomination et la création d'organisations de défense de leurs droits.

Les pratiques médicales et chirurgicales peuvent aboutir à la violation des Droits Humains des transsexuels et des transgenres. Les protocoles de prise en charge des patients transsexuels sont inadaptés, ils ne tiennent pas compte de l'évolution des connaissances et de la société. Les transgenres sont exclus du système de soins.

Mots clés: transsexualité, psychanalyse, contre transfert, maltraitance théorique, droits humains.

1. Psychanalystes, psychiatres, psychologues cliniciens, psychothérapeutes.

2. Ayant terminé ma transition, je me considère non plus comme transsexuel, mais comme homme.

Pourquoi la théorie psychanalytique est-elle une impasse pour comprendre la transsexualité?

La psychanalyse et la psychiatrie sont totalement discréditantes, voire injurieuses à notre égard. Les théories dominantes et conformistes véhiculées par ces deux disciplines considèrent en effet la transsexualité comme une maladie mentale. N’oublions pas qu’elles avaient fait de même avec les personnes homosexuelles, se rendant ainsi responsable de bon nombre de souffrances psychologiques secondaires dues à une “contrainte à la normalité”. C’est grâce à une vigoureuse contre-offensive des personnes concernées afin d’arrêter cette “maltraitance théorique” — comme le dit Françoise SIRONI, psychologue, maître de conférences et responsable d’une consultation et d’un groupe de recherche enfin non discréditants consacrés aux personnes transsexuelles, (Université Paris 8) — que l’homosexualité est sortie de la nosographie psychiatrique.

La théorie psychanalytique pense que le monde extérieur n’est que la projection du monde psychique intérieur. Qu’il n’y a de réalité que dans le monde intérieur. La question transsexuelle est donc une question individuelle et intérieure, c’est pour ça que les psychanalystes ignorent les groupes transsexuels. Ainsi, pour certains “psys”, nous aurions un “*problème narcissique*” ou un “*problème de transmission fantasmatique de désirs inconscients des parents*”³ qu’il faut naturellement résoudre par la psychothérapie ou la psychanalyse, c’est-à-dire soigner tous les transsexuels en changeant ce qu’ils ont dans la tête pour ne pas toucher au corps. Pour d’autres “psys”, nous serions “*psychotiques*”⁴. Et pour quelques autres, nous sommes “*état limite*”⁵.

En cherchant une issue à notre souffrance, nous nous sommes fréquemment “sagement” pliés à différentes formes de psychothérapies dont la plupart relève de la coercition. Or aucune psychothérapie ne nous a “aidés”. Et pour cause! La théorie psychanalytique — sur laquelle reposent ces psychothérapies — est issue d’une pensée hétérocentrée et hétéronormative. Le *sexe psychologique*⁶, l’*identité de genre*⁷, le *genre*⁸ et l’*attirance amoureuse et sexuelle* sont tous confondus alors qu’ils sont indépendants les uns des autres. Par ailleurs, aucun des auteurs ne dit à quelle catégorie ils appartiennent quand ils prennent la parole. Sont-ils transsexuels, transgenres, intersexuels, homosexuels, bisexuels, hétérosexuels?

La question transsexuelle fait très souvent “effraction” chez les individus, effraction qui entraîne une frayeur. L’effraction est perceptible chez un interlocuteur quand il change d’attitude à l’annonce du problème. Il se recule sur sa chaise, son visage change d’expression, il se ferme ou reste figé, il bégaie ou rit, ses yeux s’arrondissent ou il regarde ailleurs... Ce qui effracte, c’est l’idée même du changement de sexe, qu’une personne puisse demander une “mutilation”⁹. Car c’est de cela qu’il

3. CHILAND Colette, (1997), *Changer de sexe*, Paris, Odile Jacob, 282 p.

4. CZERMAK Marcel, FRIGNET Henry et coll., (1996a), *Sur l’identité sexuelle: à propos du transsexualisme*, (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, 582 p.

5. FAUTRAT Pascal, (2001), *De quoi souffrent les transsexuels?*, (une pensée d’avance), Paris, Editions des archives contemporaines, 142 p. Ce dernier conclu à notre “psychopathologie” sans avoir rencontré un seul d’entre nous!

6. Sentiment d’être fille/femme ou d’être garçon/homme.

7. Féminité et masculinité.

8. Représentation sociale des valeurs féminines et masculines.

9. Ce que certains considèrent comme une mutilation est pour nous une réparation. Pour eux, ce serait évidemment une mutilation puisqu’ils ne sont pas transsexuels. Ce n’est pas de leur corps qu’il s’agit mais du notre.

s’agit pour l’interlocuteur qui, pour comprendre, tente de s’identifier à la personne transsexuelle. C’est ce qu’il ne faut surtout pas faire. Quand des auteurs sont “effractés”, ils ne s’aperçoivent pas que leur vision est déformée par la frayeur, et qu’il ne s’agit pas de la réalité transsexuelle. Cela amène également un certain nombre de nos interlocuteurs à se (re)poser la question de leur propre identité. Cette question peut les fragiliser et amener un rejet violent et des positions rigides quand le risque de “contagion” est trop envahissant. Les mouvements de fascination/répulsion sont toujours de mauvais conseillers.

«Mes entretiens avec des hommes et surtout des femmes transsexuels m’ont permis d’expérimenter à quel point ce mouvement par lequel on doit faire varier la distance identificatoire est difficile avec eux. Pendant la première phase de mon travail, par exemple, alors que je rencontrais des femmes en demande de «changement de sexe», et par conséquent d’abord une mastectomie, je me suis aperçue un soir que depuis quelque temps je m’endormais les mains posées sur ma poitrine, comme pour la protéger. Depuis, je reste curieuse: qu’arrive-t-il de cette sorte aux autres chercheurs, aux médecins, aux juges, à tous ceux qui rencontrent des transsexuels?»¹⁰

Patricia MERCADER témoigne ici des effets de sa propre effraction devant la question transsexuelle.

Ces “psys” pensent trouver l’origine de la transsexualité dans la petite enfance des personnes. La plupart des psychanalystes qui théorisent sur la question transsexuelle le font de façon réactive et/ou discréditent le patient.

Pour illustrer mon propos, je me limiterai à quelques exemples de quelques auteurs, la place manquant pour un exposé plus exhaustif. Certains propos sont carrément sexistes, homophobes, et “transphobes”.

«A propos de la THC (Transformation hormono-chirurgicale), elle¹¹ continue de penser que c’est une réponse “folle” faite à une demande “folle”.»

«A un niveau plus profond, j’aurais du mal à considérer comme un homme celui qui ne serait pas — virtuellement — capable de me pénétrer, et je n’ai pas peur de me faire piéger dans ma vie privée par un transsexuel FM parce que le critère de surface en costume d’Adam est parlant. Il n’en va pas de même pour mes collègues hommes en face d’un transsexuel MF...

Mais je me reprends et le paradigme des intersexués se présente à moi. Je peux avoir devant moi un homme sans verge de par sa naissance, je ne le ressens pas, et bien d’autres avec moi, de la même manière qu’un homme qui s’est fait couper la verge. On le considère plus naturellement comme appartenant à son sexe d’assignation qu’un transsexuel à son sexe de réassignation. Pourquoi?»¹²

Est-ce une crainte ou un fantasme que de se faire piéger par un/e transsexuel/le? Je pourrai présenter à Colette CHILAND plusieurs nouvelles femmes qu’elle ne pourrait pas ressentir autrement que comme étant femmes.

10. MERCADER Patricia, (1994), *L’illusion transsexuelle*, Paris, L’Harmattan, 297 p., p. 271.

11. Colette CHILAND, citée par CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), *Le transsexualisme, proposition d’un protocole malgré quelques divergences*, in *Ann. Méd. Psychol.*, n° 159, pp. 190-195, p. 191.

12. CHILAND C., (1997), *op. cit.*, p. 80.

«Il n'est pas question qu'un transsexuel mâle biologique soit féministe, il ne peut que se conformer de manière caricaturale aux stéréotypes sociaux pour se faire reconnaître comme femme (et vice versa).»¹³

Je connais plusieurs dizaines de transsexuels des deux sexes qui sont féministes. Ils sont loin d'être rares. Du fait de la pratique des “psys”, nous adaptons notre discours à la théorie des “psys” afin d'obtenir les soins que nous désirons.

«Ainsi, Victor a subi une mastectomie à l'étranger et y a obtenu son changement d'état civil. Mais après la mastectomie, il est entré en psychose. En France, il s'est marié, mais doit suivre un traitement neuroleptique, ce qu'il fait avec irrégularité; il est alors repris d'épisodes délirants. La première fois où je fais connaissance de sa femme, je suis surprise de voir arriver une très jolie femme, dont on se demande comment elle a pu épouser cet homme qui n'a l'air ni d'un homme, ni d'une femme, est obèse et n'a aucun charme. A un moment, elle parle des périodes difficiles avec son mari et dit: “Mon mari est particulièrement difficile quand il a ses règles”¹⁴.” En effet Victor n'a eu ni ovariectomie, ni hystérectomie...»¹⁵

Il n'a pas non plus le traitement hormonal qui lui éviterait les règles et lui donnerait un aspect viril et qui, peut-être, le stabiliserait. Pourquoi une très jolie femme ne trouverait-elle pas de charme à Victor? Pourquoi ne pourrait-elle pas l'aimer? Quelle proposition de soins Colette CHILAND a-t-elle faite à Victor en dehors des neuroleptiques?

«Or, il suffit de considérer les transsexuels dans leur sexe biologique, comme tout le monde en somme, sans se convertir à ce que j'ai nommé plus haut leur hérésie, pour voir leur demande sous un tout autre angle et envisager des approches thérapeutiques bien différentes du “changement de sexe” [...].»¹⁶

«La crémière chez laquelle vous vous fournissez est peut-être père de famille. Des religieux, des médecins, des infirmiers, des employés, des petits fonctionnaires “changent” de sexe. [...] Ces hommes devenus femmes peuvent se marier, adopter des enfants, les femmes transformées en hommes font inséminer artificiellement leur épouse et sont des pères tout à fait légitimes de cette progéniture.»¹⁷

Les écrits de ces experts découlent de leur frayeur, d'une méconnaissance profonde de la question transsexuelle et de théories hétérocentrées qui se sont érigées en “normes” au mépris des droits humains. En évoquant l'idée d'une psychopathologie, ces paroles d'experts génèrent des conséquences sociales et politiques pour les personnes transsexuelles, tels que leur rejet par la famille, l'entourage et par la société en général. Ces écrits montrent également une incapacité à apprendre des patients. Les positions en sont plus dogmatiques que cliniciennes ou scientifiques.

13. CHILAND C., (1997), *op. cit.*, pp. 66-67.

14. On le serait à moins! Je ne connais aucun nouvel homme qui supporterait cela.

15. CHILAND C., (1997), *op. cit.*, p. 139.

16. MERCADER P., (1994), *op. cit.*, p. 270.

17. MILLOT Catherine, (1983), *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*, Paris, Point hors ligne, 141 p., pp. 10-11.

Malgré l'évolution des mentalités, les homosexuels subissent encore les effets de positions semblables tenues à leur égard. Combien de temps nous faudra t-il pour démontrer que nous ne sommes pas plus psychopathologiques que les gauchers. Stigmatiser un groupe social sous quelque prétexte que ce soit ne résout en rien la question...

A cause de notre aspect physique dit “normal”, nous sommes niés dans notre existence même et dans ce que nous ressentons. A tel point que nous arrivons à croire que nous déraisonnons. Ainsi, toute notre enfance et une partie de notre vie d'adulte sont gâchées. Puis il nous faut plusieurs années, après avoir essayé de nous adapter, pour que nous acceptions notre nature et que nous ayons le courage d'effectuer notre métamorphose.

C'est à cause de l'attitude de ces experts que se sont créées des associations de transsexuels qui remettent en cause le “savoir” erroné et sa diffusion. C'est nous les experts de ce que nous sommes. Qui peut mieux que nous dire ce que nous vivons? En quoi peuvent-ils dire mieux que nous ce qui est bien pour nous. Ils prétendent que leur vision du monde est la seule qui soit vraie. En quoi leur vision du monde est-elle plus juste que la notre?

Fonctionnement des équipes médicales avec chirurgien.

Les équipes médicales françaises avec chirurgien ont des fonctionnements problématiques que nous avons observés à travers des témoignages. En voici un résumé.

- Tout traitement hormonal commencé avant l'évaluation doit être interrompu. Ce n'est qu'après l'accord de la prise en charge des soins par l'équipe médicale que le traitement hormonal pourra être (re)pris. Toute personne qui (re)commence un traitement, (hormones, chirurgie esthétique...), sans l'accord de l'équipe médicale, est exclue du protocole.
- Il faut compter au moins 18 mois, (le plus souvent 2,5 à 3 ans ou parfois plus), de suivi psychiatrique sans traitement hormonal ni opération. Durant ce suivi, les personnes passent un bilan psychologique (tests projectifs, échelle de féminité/masculinité, efficacité intellectuelle) avec un psychologue clinicien, un bilan (endocrinien, sanguin, hépatique et hormonal) complet chez l'endocrinologue et un bilan chirurgical chez le chirurgien avant toute prise de décision de traitement. Ils considèrent que les “transsexuels” doivent aller jusqu'à la chirurgie (sauf l'équipe médicale de Lyon).
- Les rendez-vous avec les psychiatres sont variables, de un à six mois. Les consultations durent 30 à 60 minutes. Un soutien psychologique en parallèle hors de l'équipe est souvent nécessaire afin d'avoir un accompagnement durant le parcours.
- En général, la chirurgie est de mauvaise qualité esthétique et surtout fonctionnelle pour les deux sexes, c'est-à-dire environ 50% d'échec. Les chirurgiens n'opèrent que les patients de leur équipe médicale. Tout patient provenant d'une autre équipe médicale doit recommencer à zéro le parcours. Par ailleurs, ces équipes empêchent souvent la possibilité de prise en charge de la chirurgie hors de France par la Sécurité Sociale.

• Chacune de ces équipes a un protocole de prise en charge¹⁸ qui est parfois écrit. Ces protocoles ont des points communs.

La rigidité des psychiatres et leur impossibilité à remettre en cause leur théorie est la raison de leur stagnation dans la compréhension de la question transsexuelle. Pour obtenir les traitements qu'ils viennent chercher, les patients leur mentent, ils se conforment à l'idée que ces psychiatres ont des transsexuels.

Seule une minorité des transsexuelLES a officiellement accès aux soins médicaux en France, (par exemple l'équipe médicale parisienne avec chirurgien dit avoir traité 200 patients en 20 ans, ce qui fait une moyenne de 10 patients par an!¹⁹), où la qualité de ces soins est déplorable, surtout en ce qui concerne la chirurgie et la façon dont ces personnes sont traitées sur le plan humain.

Les protocoles de prise en charge des patients transsexuels sont inadaptés.

Les protocoles de prise en charge des patients transsexuels sont inadaptés car ils ne tiennent pas compte de l'évolution des connaissances et de la société. Les transgenres sont exclus du système de soins.

Pour ces équipes médicales, le “*syndrome de transsexualisme*” est une pathologie mentale et le diagnostic est l'affaire du psychiatre. L'auto diagnostic est donc totalement exclu et la parole du patient ignorée puisqu'il souffre d'une pathologie mentale. Sa demande est déraisonnable, c'est une demande “folle”.

Critères des protocoles:

1. être âgé de 23 ans au moins et de 55 ans au plus;
2. ne pas avoir d'engagements familiaux importants;
3. ne pas être séropositif au VIH ou à l'hépatite C;
4. ne pas avoir de pratique actuelle de prostitution;
5. être hétérosesuel après la transition.

1. Etre âgé de 23 ans au moins et de 55 ans au plus.

Sait-on mieux qui on est à 23 ans qu'à 18? Est-on moins fou à 23 ans qu'à 18 ans? Toutes les personnes qui j'ai reçues à l'association soit savaient qui elles étaient et une attente n'était pas utile, soit elles s'interrogeaient sur leur identité et étaient demandeuse d'une aide à l'auto diagnostic afin de savoir si elle étaient transsexuelle ou pas.

2. Ne pas avoir d'engagements familiaux importants.

C'est à dire, il ne faut pas être marié ou ne pas avoir d'enfant mineur. Sous entendu: c'est un transsexualisme d'installation tardive donc “secondaire” ou “faux”. Seul le transsexualisme

18. CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psychol., n° 159, pp. 190-195.

19. CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), *op. cit.* Or rien qu'à l'ASB, chaque années, nous avons plusieurs dizaines de demandes d'informations et d'orientations vers des médecins.

d'installation précoce (enfance ou adolescence) est “primaire” ou “vrai”. Cette classification typiquement française est inadaptée et fautive.

C'est oublier qu'il n'y a pas toujours eu l'information que les jeunes trouvent maintenant grâce aux associations et à internet. Qu'avant 1980-1990, seules les personnes qui avaient assez d'argent pouvaient espérer financer leur transition. La plupart des MtF n'avaient d'autres issues que la prostitution et les FtM n'existaient pas.

3. Ne pas être séropositif au VIH ou à l'hépatite C.

Ils prétendent que c'est une contre-indication à l'intervention génitale. Pourtant en Europe d'autres chirurgiens acceptent d'opérer ces personnes. C'est le cas à l'Hôpital Universitaire de Gand.

4. Ne pas avoir de pratique actuelle de prostitution.

Il s'agit là d'une vision moralisatrice. Cette activité (choisie ou subie) n'a rien à voir avec la transsexualité. Ce qui intéresse les clients des transsexuelles et transgenres prostituées c'est leur pénis. De plus en France, les transsexuelles prennent une anti hormone mâle qui limite ou empêche les érections. Une trans prostituée qui souhaite attirer des clients n'a pas besoin de perdre son temps avec un psychiatre. Elle peut se procurer facilement des hormones féminine (médecin, internet, marché au noir), elle peut aussi financer quelques arrangements esthétiques.

La prostitution reste le seul moyen de survie pour certaines d'entre nous, celles qui ont des revenus insuffisants ou pas de revenu, celles qui sont en situation irrégulière...

5. Être hétérosexuel après la transition.

C'est à dire qu'il faut être homosexuel au moment de la demande (les MtF doivent aimer les hommes et les FtM doivent aimer les femmes). Là aussi, il s'agit d'une vision moralisatrice, qui de plus est hétéro normative et hétérocentrée.

Pour les points 4 et 5, il s'agit bien là d'une contrainte à la “normalité”.

L'auto nomination ou la réappropriation de notre identité.

Notre problématique a été capturée et nommée par les “psys”. Ils nous rattachent à un sexe qui ne nous représente pas et que nous ne gardons pas. Nous trouvons cette manière de faire irrespectueuse. Aussi nous nous sommes réappropriés notre nomination en nous désignant par notre sexe psychologique. Nous parlons de *transsexuelle* quand il s'agit d'une personne à conversion physique d'homme vers femme (sexe psychologique féminin), et de *transsexuel* quand il s'agit d'une personne à conversion physique de femme vers homme (sexe psychologique masculin). S'il faisaient ainsi, les “psys” ne nous déniaient pas et ils ne nous discréditeraient pas. Ils tiendraient compte de notre nature profonde.

Violation des Droits Humains par les “psys”.

Notre sexe psychologique n'est pas en adéquation avec notre sexe anatomique. Soit! Est-ce un crime? Les moyens médicaux et chirurgicaux existent de nos jours pour y remédier (hormones,

opérations de réassignation,...). Cela fait maintenant cinquante ans que nous, transsexuels, réussissons à transformer notre corps retrouvant ainsi notre unicité et le sentiment d’être enfin en harmonie avec nous-mêmes. Par ailleurs si nombre d’entre nous choisissent de se faire opérer hors de France, c’est d’abord à cause des mauvais résultats chirurgicaux obtenus en France et des nombreuses complications que l’on trouve rarement ailleurs²⁰. Je peux démontrer ce que j’avance mais cela demanderait beaucoup plus de place que je n’en dispose.

La chirurgie permet de réparer des becs de lièvre, des nez, des oreilles, que leurs propriétaires ne supportent pas. Des personnes se font liposucer, rectifier une partie de leur anatomie qu’elles considèrent comme disgracieuse et elles s’en trouvent mieux. Là aussi les moyens techniques existent et les personnes les utilisent parce qu’ils améliorent leur vie.

Certes changer de sexe n’est pas anodin, c’est pourquoi il est nécessaire de pouvoir prendre une décision éclairée. Pour cela, il nous faut une bonne information, un accompagnement psychologique adapté et, si nécessaire, une aide à l’autodiagnostic.

Contrairement aux médecins, chirurgiens, endocrinologues,... que nous côtoyons régulièrement, les “psys” sont opposés à la transformation des corps. Le conformisme de leur théorie, basé sur une idéologie professionnelle et morale les empêche de tenir compte de l’observation des personnes, et de la réalité des humains contemporains.

Ces “psys” violent les Droits Humains. Des organisations de défense des Droits Humains comme Amnesty International ne cessent de dénoncer les pratiques discriminantes à l’égard des personnes transsexuelles dont beaucoup risquent encore la peine de mort de par le monde²¹.

Le degré de civilisation d’une société se mesure à sa capacité à intégrer les marges, à accepter la diversité et la complexité des humains. Ce sont toujours les personnes situées au-delà des modèles conformistes qui font évoluer les “normes” d’une société. Nous avons beaucoup à apprendre de ces populations.

Pour finir je voudrai citer un proverbe africain:

*«Tant que les lions n’auront pas leurs propres historiens,
les histoires de chasse continueront de glorifier le chasseur.»*

Tom REUCHER, psychologist,
(tom.reucher@free.fr, <http://syndromedebenjamin.free.fr>),
Centre Georges Devereux, Université de Paris 8,
Association du Syndrome de Benjamin.
Traduction français => anglais: Marlène Riwkeh MEGES.

20. Pour nous, une chirurgie réussie est nécessaire car quand une personne est devenue plus ou moins handicapée du fait d’une chirurgie ratée, elle ne saurait être satisfaite ou heureuse.

21. Amnesty International, (2001), *Identité sexuelle et persécutions*, Paris, Ed. francophones d’Amnesty International, 80 p., édition originale: (2000), *Crime of hate, conspiracy of silence. Torture and ill-treatment based on sexual identity*.