

Transidentité: prégnance et transgression des rôles de sexe

Colloque international, Université de Paris X, 22-23 juin 2006
“Images de féminité et de masculinité et construction identitaires”

Par Tom REUCHER, psychologue clinicien
Site Transidentité: <http://syndromedebenjamin.free.fr>

On a l'habitude de penser “deux sexes”, nous verrons que cela n'est pas si simple. La plupart des personnes adhèrent aux normes sexuées en cours dans leur culture. Depuis quelques années, des sociologues, des anthropologues étudient la “fabrication” et la transmission de ces normes sexuées dans différentes cultures. Habituellement, nous nous identifions comme femme ou homme en correspondance avec notre anatomie. Pourtant, une minorité de personnes ne se reconnaissent pas dans le sexe correspondant à leur anatomie. Elles vont jusqu'à prendre des traitements médicaux afin de modifier leur corps pour le faire correspondre à leur identité. Certaines personnes considèrent la transidentité comme une transgression des rôles de sexe. Nous montrerons ce qu'il en est de cette transgression.

Petit lexique

Nous parlons de “transidentité” car c'est une identité, non une sexualité. Transidentité au sens des identités trans, qu'elles soient transsexes ou transgenres. De même, nous avons remplacé “transsexuel” par “transsexe” car ce n'est pas une sexualité. Le terme “transsexuel” est impropre parce qu'il est construit sur le modèle “homosexuel” et “hétérosexuel”. Le terme “transsexe” est construit sur le modèle “transgenre”. Nous disons les “personnes trans” quand nous parlons des “personnes transsexes et transgenres”. Nous n'utilisons plus “transsexualité” et si possible “transsexualisme”, les deux étant remplacés par “transidentité”. Comme vous le savez, les trans' peuvent être homosexuels, bisexuels, hétérosexuels, asexuels... De même, il est plus approprié de parler “d'identité de genre non conforme au sexe biologique” plutôt que de “dysphorie de genre” ou de “trouble de l'identité de genre”.

Deux sexes?

La société occidentale s'est organisée sur deux sexes biologiques majoritaires (mâle, femelle) auxquels elle a fait correspondre deux sexes sociaux (homme, femme), puis deux genres (masculin, féminin). Cette organisation sexuée autour de la procréation a produit une société hétérocentrée, hétéronormative et patriarcale au service des hommes. Toute personne qui ne correspond pas à ce classement sexué et ne qui rentre

pas dans le rôle sexué correspondant se voit marginalisée, exclue de la société. L'exemple des intersexes est assez éloquent. Avant que les techniques modernes de la chirurgie le permettent, on leur demandait de choisir un sexe et de s'y tenir sous peine d'être brûlé vif.

Dès la fécondation, le sexe chromosomique est connu. Un programme va s'exécuter afin de donner une anatomie mâle ou femelle. Durant ce programme, des croisements, au sens de carrefour, vont permettre l'orientation vers l'un des pôles extrêmes du spectre de sexualité (mâle ou femelle). Le programme sous l'action de divers facteurs, (que ce soit des hormones, des médicaments pris par la mère, la pollution, des gène(s) ayant un fonctionnement atypique, etc.), peut prendre une direction ou une autre à plusieurs reprises durant son déroulement. C'est ce qui permet ce continuum entre mâle et femelle.

De même, les formules chromosomiques du sexe sont nombreuses. Pour illustrer mon propos, voyons celles que l'on trouve chez les humains:

Un ovule peut contenir un chromosome X, plus rarement 2 ou 3.

Un spermatozoïde peut contenir un chromosome Y, un chromosome X, 2 chromosomes Y, 2 X, 2 Y, 3 Y ou aucun chromosome sexuel.

		OVULE		
		X	XX	XXX
SPERMATOZOÏDE	Y	XY	XXY	XXXY
	X	XX	XXX	XXXX
	YY	XYY	XXYY	XXXYY
	XX	XXX	XXXX	XXXXX
	YYY	XYYY	XXYYY	XXXYYY
	0	X0	XX0	XXX0

Imaginez un tableau à 3 colonnes (X, XX et XXX) pour l'ovule, et à 6 lignes (Y, X, YY, XX, YYY et 0) pour le spermatozoïde. Vous complétez les possibilités des entêtes de lignes et de colonnes et vous obtenez $3 \times 6 = 18$ formules possibles. Un site internet en trouve 29[1].

Si on inclue les mosaïques (dont je parlerais plus loin): $18 \times 18 = 324$ combinaisons possibles.

Même si ces cas de figures sont rares, voire très rares, on est très loin de deux sexes!

Ces mêmes variations sont observées sur les plans anatomiques, gonadiques, hormonaux, biologiques.

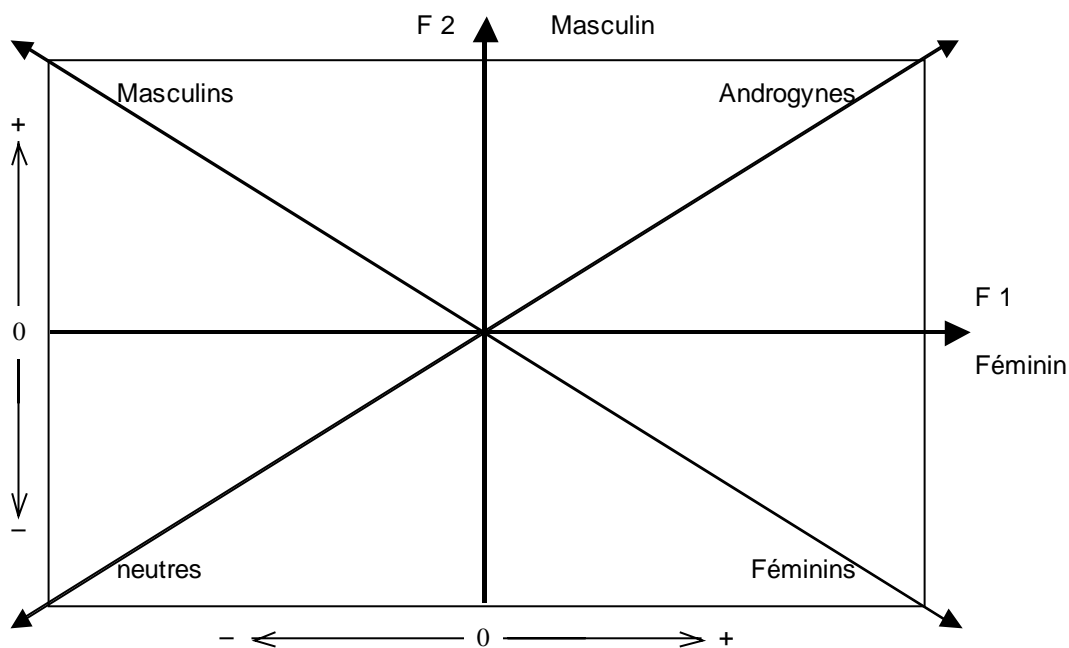
Les cas mosaïques (appelés maintenant chimères), est celui de deux oeufs fécondés de sexes chromosomiques différents qui fusionnent avant la formation du placenta, formant ainsi un embryon "mixte" ayant deux compositions chromosomiques différentes selon les parties du corps. A un endroit le caryotype sera XY, à un autre il sera XX. Il existe aussi des combinaisons "mosaïque" de caryotypes rares comme la combinaison de Klinefelter avec Turner. Toutes les variétés sont possibles mais elles ne sont pas

toujours repérables et les pistes sont brouillées du fait que l'un des aspects peut prédominer à un moment de la vie et un autre aspect peut prédominer à un autre moment.

Pourquoi penser qu'il s'agit de malformations plutôt que de tentatives d'évolution plus ou moins bien réussies de la "nature"! Penser "malformation", c'est penser l'autre mauvais ou sa différence non souhaitable, voir à éradiquer. C'est un jugement de valeur et un jugement moral.

Croisement entre les genres (féminité et masculinité)

Le genre est culturel et social, c'est ce qui est attribué culturellement au féminin et au masculin. Le masculin et le féminin ne sont pas les deux extrêmes d'une même échelle, il s'agit de deux échelles différentes qui sont présentes à des degrés variables chez chacun de nous. En général, une femme est plus féminine que masculine et un homme est plus masculin que féminin mais une femme n'est pas forcément féminine et un homme n'est pas forcément masculin. Chez chaque individu, la féminité cohabite plus ou moins avec la masculinité. Les niveaux de masculinité et féminité varient, fluctuent plus ou moins au cours du temps en chacun de nous en fonction des événements, des sentiments, des émotions que nous vivons. De même, nous exprimons plus ou moins ces féminité et masculinité dans notre façon d'être, notre comportement (façon de marcher, de parler...), notre apparence (vêtements, soins du corps...). Tout en étant fluctuante, une des composantes du genre peut généralement dominer: féminin, masculin, androgyne (sorte d'équilibre entre le masculin et le féminin) et neutre (absence ou quasi-absence de masculin et de féminin). Sandra BEM (1974) a décrit quatre formes de genres mais la variété des combinaisons (niveau du masculin/féminin) des genres, fait écho à la variété des sexes biologiques et génétiques. L'identité de genre est le fait de se sentir féminin, masculin, androgyne ou neutre.



Attirances amoureuses et sexuelles

L'homosexualité remet en cause le primat ou la "naturalité" de l'hétérosexualité. Des pratiques "homosexuelles" sont observées chez les animaux et elles sont même courantes chez les singes, en particulier chez les bonobos.

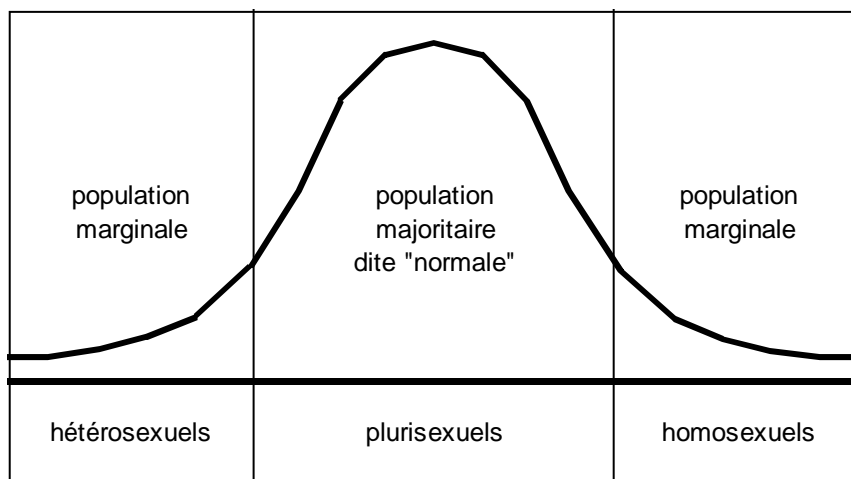
L'homosexualité n'est qu'une attirance amoureuse et sexuelle parmi les autres (hétérosexualité, bisexualité, asexualité [sans attirance]...). Comment qualifier le fait - qu'un trans' femme vers homme soit avec une lesbienne, avec un homme, avec une drag queen;

- qu'une butch (lesbienne "camionneuse") soit avec une butch, avec une fem (lesbienne "féminine"), avec un gay;

- qu'un intersexe soit avec un homme, avec une femme, avec une transsexe...?

Il s'agit avant tout d'une rencontre entre deux personnes (ou plus) quels que soient leurs statuts de sexe biologique, de sexe anatomique, de genre ou de sexe psychologique. On pourrait parler de "pluri-sexualité" plutôt que de définir hétérosexualité, homosexualité, bisexualité, asexualité... C'est à dire qu'on pourrait ne plus classer car cela n'est pas très utile (cela ne permet que des discriminations) et cela n'a pas vraiment d'importance (sauf pour les moralistes).

L'homosexualité n'est ni différente, ni meilleure, ni moins bonne, que les autres attirances amoureuses et sexuelles. Par ailleurs, l'attirance amoureuse et sexuelle peut varier au cours de la vie[2]. La morale des religions monothéistes est venue renforcer la domination masculine sur les femmes en vue de la procréation. La société hétéronormative fabrique majoritairement des hétérosexuelLEs. Elle fait tout pour maintenir le lien entre sexualité et procréation avec pour but l'éradication de l'homosexualité. Sans cette forte contrainte à la "normalité", il y a fort à parier que la généralité serait la plurisexualité et que les personnes strictement homosexuelLEs ou hétérosexuelLEs seraient minoritaires.



Qu'est-ce qu'une transition de genre et de sexe?

Transition de genre: le but est de vivre en permanence dans le sexe d'affection correspondant le mieux à la personne. Cela inclus si nécessaire, un traitement hormonal,

de la chirurgie plastique non génitale (féminisation du visage, mammoplastie, mastectomie, liposuction des graisses...), des traitements d'éradication de la pilosité faciale et parfois corporelle, des implants capillaires, le port de prothèse capillaire, de prothèse de pénis, de bandage pour comprimer une poitrine indésirable... La gonadectomie seule peut aussi être envisagée. L'hystérectomie seule peut également être exécutée.

Transition de sexe: le but en plus du précédent est de changer aussi son anatomie génitale par la chirurgie afin de ressembler à l'un des deux sexes majoritaires (femme ou homme).

Le changement de prénoms ou changement de prénoms et de sexe vient cloturer toute transition. Il est nécessaire à la personne, tant sur le plan psychologique que social.

Certaines personnes pensent qu'il faut contrôler les trans'. Qu'il n'y a que deux sexes et que ce n'est pas normal que de vouloir changer de sexe. Que c'est une transgression à la volonté divine, au "nom du père", à l'ordre moral, à l'ordre établi, parce qu'un homme n'est pas une femme et la femme n'est pas un homme... Après avoir sortie l'homosexualité de la liste des maladies mentales, les manuels de psychiatrie (DSM et CIM) y ont intégré le transsexualisme.

La transidentité n'est pas une maladie mentale, ni un souhait transgressif. Personne ne choisi d'avoir une identité de genre non conforme au sexe biologique. Tout au plus choisi t-on d'assumer ou pas ce fait et de faire une transition. De même, on ne choisi pas plus son attirance amoureuse et sexuelle, on accepte ou pas son homosexualité, son hétérosexualité, son asexualité, ou autre. Le sexe biologique de la personne trans' ne correspond pas au sexe auquel elle s'identifie. La transidentité n'est pas une pathologie au sens propre mais elle nécessite des soins médicaux, tout comme la grossesse, l'IVG, la procréation médicalement assistée (PMA), l'obésité. C'est pas une dysphorie de genre, c'est le fait que l'identité de genre ne soit pas en concordance avec le sexe anatomique qui fait qu'il y a souffrance. C'est aussi le fait que cela ne soit pas facilement accepté dans notre société qui est trop binaire: deux sexes, deux genres, deux attirances amoureuses et sexuelles...

La majorité hétérosexuelle s'est attribuée le statut de "norme" alors qu'elle n'est que majorité. Les minorités ne sont pas anormales, elles sont juste minoritaires. Toute l'éducation repose sur les stéréotypes de la majorité qu'elle intègre comme étant des "normes", d'où une forte contrainte à la "normalité"! C'est pourquoi les minorités vivent mal d'être dans une minorité et d'être considéré comme "anormaux". Le rejet par la société d'une personne parce qu'elle n'est pas dans la "norme", donne la honte de soi. Un travail psychologique sur la déconstruction des "normes", de la honte de soi, du sentiment d'être une mauvaise personne, de ne pas digne d'être aimé... est souvent utile[3]. Aucune thérapie n'a guérie une identité de genre non conforme au sexe biologique, mais depuis plus de 50 ans, les hormones et, pour les trans' qui le souhaitent, la chirurgie, améliorent considérablement leur vie.

Pourquoi nous refuser ce qui nous aide le plus? Pourquoi vouloir contrôler nos corps et nos identités? En quoi ces faits sont des transgressions? En quoi les minorités sont-elles une menace pour la majorité? Parce que cela menace l'ordre établi. Le temps de l'évolution est venu.

Nous avons vu que les personnes trans' ne choisissent pas d'avoir une identité de genre non conforme à leur sexe biologique. Que ce sont les personnes qui sont contre la transidentité qui parlent de transgression. Que ces mêmes personnes cherchent à préserver un ordre établi, qu'il soit d'origine "naturel" ou divin. Pour ce faire, ils utilisent la pathologisation via la psychiatrie qui effectue le contrôle des candidats trans'. Les psychiatres ont créé des critères diagnostiques (qui sont hétéronormatifs: couleur préférée, attirance amoureuse et sexuelle, vie familiale antérieure, etc.), des protocoles, et ils autorisent ou refusent une transition. Jusque dans les années 1970, les trans' ne consultaient pas de psychiatres. Ils-elles trouvaient leur hormones en vente libre dans les pharmacies. Les manuels de psychiatrie n'avaient pas encore intégré la transidentité dans la liste des maladies mentales. Quand en 1973[4], l'association des psychiatres étasuniens décide de retirer l'homosexualité du DSM, il s'agit bien d'une décision politique. C'est politique de décider que dans le même temps, la transidentité devient une maladie mentale. La décision de faire figurer telle ou telle problématique comme maladie mentale dans ce manuel est aussi subjective que politique. En aucune façon il s'agit d'une décision basée sur la clinique.

Notes

[1] HURET Jean-Loup, LEONARD Claude, SAVAGE John RK, *Anomalies chromosomiques - mécanismes et nomenclature*, texte disponible sur: <http://www.infobiogen.fr/services/chromcancer/IntroItems/PolyMecaFr.html>, le site "Atlas of Genetics and Cytogenetics in Oncology and Haematology". Il s'agit de cours de médecine, ils ne sont pas datés.

[2] REUCHER Tom, (2000), *La sexualité des "transsexuels" (syndrome de Benjamin). Approche ethnopsychiatrique*, mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Nathalie ZAJDE, Université Paris 8, 110 p., et Annexes, 129 p. Texte disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Travaux universitaires.

[3] REUCHER Tom, (2002), *Ethnopsychiatrie, théorie Queer et "transsexualisme" (syndrome de Benjamin): pratiques cliniques*, DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université-Paris 8, 75 p. Texte disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Travaux universitaires.

[4] C'est en 1973 que l'American Psychiatric Association vote l'élimination de l'homosexualité du DSM II* (En 1980, le terme «*d'homosexualité égo-dystonique*» figure dans le DSM III, toute référence à l'homosexualité comme maladie mentale disparaît en 1987 dans le DSM III-R.)

Bibliographie et conseil de lecture

BEM Sandra L., (1974), *The measurement of psychological androgyny*, in Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 42, n° 2, pp. 155-162.

CALIFIA Pat, (2003), *Le mouvement transgenre, changer de sexe*, Paris: EPEL, 384 p.
Titre original: *Sex changes, the politics of transgenderism*, (1997), San Francisco: Cleis.

CARTHONNET Claire, (2003), *J'ai des choses à vous dire. Une prostituée témoigne*, Paris: Robert Laffont, 264 p.

COLAPINTO John, (2000), *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*, Harperperennial Library.

COLAPINTO John, (1997), *The true story of John/Joan*, in Rolling Stone, n°775, 11th dec. 1997, pp. 54-97. Texte disponible sur: www.pfc.org.uk/news/1998/johnjoan.htm.

CONSEIL DE L'EUROPE, (1995), *Transsexualisme, médecine et droit, XXIII^e colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, 304 p.

DIAMOND Milton, SIGMUNDSON Keith, (1997), *Sex-reassignment at birth: Long-term review and clinical implications*, in Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, march 1997, n°151, pp. 298-304.

DOUCÉ Joseph et coll., (1986), *La question transsexuelle*, Paris: Lumière & Justice, 259 p.

FAUSTO-STERLING Anne, (2001), *La fin programmée du dimorphisme sexuel*, in La recherche, Hors série n°6, Sexe. Comment on devient homme ou femme, novembre 2001, pp. 58-62.

FOERSTER Maxime, (2003), *La différence des sexes à l'épreuve de la République*, Paris: L'Harmattan, 126 p.

HINKLE Curtis E. (2004), *Un cri d'alarme pour les droits humains*, texte disponible sur: <http://www.intersexualite.org/F1.html>, le site de l'Organisation Internationale des Intersexués (OII). On parle des droits humains mais on nie ceux des intersexes sous prétexte qu'ils n'appartiennent pas à l'un des deux seuls sexes officiels. Et également d'autres textes intéressants sur son blog personnel, Fierté Hermaphrodite: <http://intersexe.blogspot.com>.

HURET Jean-Loup, LEONARD Claude, SAVAGE John RK, (), *Anomalies chromosomiques - mécanismes et nomenclature*, texte disponible sur: <http://www.infobiogen.fr/services/chromcancer/IntroItems/PolyMecaFr.html>, le site "Atlas of Genetics and Cytogenetics in Oncology and Haematology".

REUCHER Tom, (2003), *Quand les "psys" sont effrayés par les transsexuels...*, texte présenté en "poster" (parmi d'autres) au 18^{ème} congrès de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 10-13 septembre 2003. Texte disponible

sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Textes divers.

REUCHER Tom, (2002), *Ethnopsychiatrie, théorie Queer et "transsexualisme" (syndrome de Benjamin): pratiques cliniques*, DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université-Paris 8, 75 p. Texte disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Travaux universitaires.

REUCHER Tom, (2000), *La sexualité des "transsexuels" (syndrome de Benjamin). Approche ethnopsychiatrique*, mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Nathalie ZAJDE, Université Paris 8, 110 p., et Annexes, 129 p. Texte disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Travaux universitaires.

REUCHER Tom, (1998), *Disfonctionnements médicaux et juridiques autour de la question transsexuelle en France*, texte présenté au 3ème congrès sexe et genre, TrAnsGENDER AGENDA, à Exeter College, Oxford University, septembre 1998. Texte disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Textes divers.

SIRONI Françoise, (2003), *Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique*, in *Pratiques Psychologiques*, "Les Nouveaux défis éthiques", n° 4, 2003, 3-13.

SWERTVAEGHER Jean-Luc, (2002), *Métamorphoses sous surveillance: psychologie de la transsexualité*, in *Psychologie Française*, Tome 47, n° 3, pp. 21-30.

THOMAS Maud-Yeuse, (2004-2005), site internet: *Veille Internet Transsexuel-IE* <http://natamauve.free.fr>, des articles intéressants.

TURLEAU Catherine, PRIEUR Marguerite, (2000), *Types, fréquences et mécanismes de formation des anomalies chromosomiques*, texte disponible sur: <http://college-genetique.igh.cnrs.fr/Enseignement/genchrom/alieschrom.html>, le site du Service de cytogénétique Necker Enfants Malades.

VILAIN Eric (2004), *Mâle, Femelle ne sont pas si faciles à définir*, texte disponible sur: http://www.intersexualite.org/F-Alex.html#anchor_5, le site de l'OII.

WITTIG Monique, (2001), *La pensée straight*, (Modernes), Paris, Balland, 157 p.