

séminaire «Normes et transgression»

mercredi 5 décembre 2007 à 20 heures > Monde médical et construction des normes

## QUAND LA MEDECINE DECIDE DES “NORMES” DES SEXES, DES GENRES ET DES SEXUALITES

### Introduction

En matière de genre et de sexualité, le monde médical a repris les valeurs religieuses. Il a contribué à ériger en “norme” ce qui n'était que la majorité en fonction des valeurs morales en cours dans les sociétés occidentales (Europe, Amérique du Nord).

### Petit lexique

Nous parlons de “transidentité” plutôt que “transsexualité” 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 et que 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” ou “personnes transidentitaires” quand nous parlons des “personnes transsexes et transgenres”. Du point de vue de leur attirance amoureuse et sexuelle, les personnes trans' peuvent être hétérosexuelles, homosexuelles, bisexuelles, asexuelles, etc. Nous n'utilisons plus “transsexualité” et si possible “transsexualisme”, les deux étant remplacés par “transidentité”.

Pour les mêmes raisons, les personnes intersexes disent “intersexes” ou “intersexuées” plutôt que “intersexuelles”. Elles parlent aussi “d'intersexuation” plutôt que “d'intersexualité”.

### Sexe à l'état civil et sexe génital

Majoritairement la déclaration du sexe à l'état civil (assignation administrative) correspond au sexe génital du nouveau né. Son identité sexuelle ou identité de genre va se développer dans le sens de son anatomie. Toutefois des personnes naissent avec un sexe qui n'est ni mâle ni femelle mais qui ne présente pas de pathologie nécessitant une intervention, ce sont les intersexuations. De même, des personnes présente un développement de leur identité de genre non conforme à leur sexe anatomique, ce sont les transidentités. Ces minorités ne sont pas pathologiques.

Tout comme l'homosexualité qui présentait une différence de l'attirance amoureuse et sexuelle par rapport à la majorité hétérosexuelle, ces alternatives ne sont pas si rares et nous montrent la nécessité de repenser catégories de sexes, de genres, d'attirance affective et sexuelle.

Pour illustrer mon propos, je vous propose un tableau récapitulatif mais non exhaustif des sexes génétiques possibles. 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. Si on inclue les cas “chimérique”:  $18 \times 18 = 324$  combinaisons possibles.

		OVULE / OVUM		
		X	XX	XXX
SPERMATOZOIDE SPERMATOSOON	Y	XY	XXY	XXXY
	X	XX	XXX	XXXX
	YY	XYY	XXYY	XXYY
	XX	XXX	XXXX	XXXXX
	YYY	XYYY	XXYYY	XXYYY
	0	X0	XX0	XXX0

Même si ces cas de figures sont rares, voire très rares, on est très loin de 2 sexes! A cette variété des sexes génétiques fait écho la variété des sexes biologiques, des sexes anatomiques, des identités de genre et des attirances affectives et sexuelles. Les sexes majoritaires dans la population ne sont qu'une partie des possibilités. La majorité n'est pas la norme et la minorité n'est pas anormale. La minorité n'est que minoritaire. Il n'y a pas de standard de l'humanité.

**Concernant les intersexes et la déclaration du sexe à la naissance qui ne reconnaît que deux catégories**, toute apparence génitale non conforme à l'un des deux sexes majoritaires est “rectifiée” chirurgicalement quelques jours ou quelques semaines après la naissance. Nombre de personnes intersexes sont ainsi mutilées génitalement lorsqu'elles sont bébés sans qu'on sache quel développement psychologique va prendre leur identité de genre. En quoi couper un clitoris trop long ou un pénis trop court est une réparation? Si l'excision est considérée comme une mutilation sexuelle, ce type de chirurgie en est une aussi.

Le but est de conforter les “normes” selon lesquelles il n'y a que deux sexes, deux genres et deux attirances amoureuses et sexuelles.

Actuellement en France, les médecins utilisent la procédure du “consentement éclairé” pour faire endosser aux parents la décision d'assignation chirurgicale de leur bébé intersexe. Ils entretiennent la confusion entre assignation administrative et assignation chirurgicale (modification chirurgicale du sexe génital). Si la première est obligatoire, la seconde ne l'est pas. Les médecins présentent les informations d'une façon tronquée, dramatique et effrayante afin d'obtenir le consentement des parents aux traitements proposés. La plupart des parents ignorants s'en remettent à l'avis des médecins. Dans le passé; les enfants étaient opérés à l'insu des parents, maintenant, ce sont les parents qui font la demande par manque d'information, ce qui dédouane les médecins de leurs responsabilités. Ce “consentement éclairé” n'en est pas un.

**Concernant les trans' et les changements de sexe**, des équipes médicales hospitalières ont mis en place des protocoles discriminatoires visant à “fabriquer” des “trans' hétérosexuels” après leur transition en excluant toutes celles qui ne correspondaient pas à leurs critères: âge inférieur à 25 ans ou supérieur à 55 ans, séropositivité au VIH ou à l'hépatite C, personne mariée, personne ayant des enfants, personne prostituée, personne homosexuelle après transition. Ils ont également pour but de limité le nombre de “candidat” à une transition.

### **Cas numéro 1: L., âgé de 22 ans, dans les années 1945[1]**

Ce premier cas est résumé de l'observation clinique tout en gardant le vocabulaire.

L., âgé de 22 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard le 26 septembre 1946, après un an de traitement psychanalytique.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires avoués, ses parents sont bien portants. Il a un frère de 11 ans qui est normal. Aucune maladie grave durant son enfance; son développement intellectuel se fait lentement et il obtient avec peine, à 15 ans, son certificat d'études primaires. Ses connaissances scolaires sont restées rudimentaires. Vers l'âge de 18 ans, il se met à lire des livres de philosophie et de spiritisme. Il apprend assez facilement la photogravure.

D'après ses parents, les troubles mentaux auraient débuté à l'âge de 22 ans, mais en fait, ils se sont développés beaucoup plus tôt, comme le montrent les renseignements donnés par le malade lui-même.

A son entrée à l'hôpital, on se trouve en présence d'un jeune homme qui porte une chevelure longue à type féminin.

Il nous dit que, dès l'âge de 4 ans, il était une femme et qu'il avait honte d'être habillé en garçon. A l'école, ses camarades le regardaient drôlement. Il aurait essayé dans la suite de réagir contre cette idée de se croire femme et de se persuader qu'il est un homme, mais en vain. Il a pris des habitudes féminines, il a laissé pousser ses cheveux; plusieurs fois il s'est habillé en femme et s'est maquillé. Il s'est fait épiler la barbe et les poils. A 17 ans, il a “fait le trottoir”; plusieurs fois il s'est fait accoster par des hommes, avec lesquels il a eu des rapports homosexuels, jouant le rôle du personnage passif. A 18 ans, il a eu cependant des rapports sexuels avec une femme, mais il a conservé l'idée qu'il était une femme.

A noter une anesthésie affective complète. Apragmatisme; indifférence concernant son internement. Les réflexes tendineux sont vifs; pas d'autres signes neurologiques. Eréthisme cardiaque (pouls violent).

L. est soumis au traitement suivant: 20 comas insuliniques avec électrochocs associés. Aucun résultat. En janvier et février 1947, 2<sup>o</sup> série de 31 comas avec électrochocs associés, puis une 3<sup>o</sup> série de 34 comas avec électrochocs associés. Non seulement on n'obtient aucune amélioration, mais l'état mental s'aggrave progressivement. Les idées de mutation corporelle ne sont plus exprimées. Le mutisme devient presque absolu. En mars 1948, on tente sans succès un traitement de sulfosine (neuroleptique).

Une leucotomie (lobotomie soft) est pratiquée le 10 mars 1949. En juillet 1949, on observe une amélioration transitoire de l'état mental, qui n'a qu'une courte durée. Une cure de 40 comas est bien supportée par le malade. Le mutisme est absolu; le sujet ne mène plus qu'une vie purement végétative. En août 1950, 7 séances d'électrochocs prolongés sont sans aucun effet.

En janvier 1951, devant l'échec de ces divers traitements, on entreprend un traitement par électronarcose à raison de deux séances par semaine. Les neuf premières séances se passent sans incident. Le 14 février, au cours de la dixième séance, le malade meurt 23 mois après la lobotomie.

## Cas numéro 2: David REIMER connu sous le nom de John/Joan[2]

A cette époque personne ne faisait la distinction entre sexe psychologique et identité de genre, les 2 étaient englobés et appelés identité de genre.

**Résumé de l'histoire:** A la suite d'une circoncision ratée à 8 mois, David REIMER devient le sujet d'une expérience dans les années 60-70. Le psychologue John MONEY a convaincu, les parents de donner des hormones féminines à leur fils, et de l'élever comme une fille, Brenda. En 1965, il dirige le département de recherche psycho hormonal à l'université John Hopkins depuis plus d'une dizaine d'années. Cette clinique étudie et traite des enfants intersexes.

Cette transformation de sexe a été rapportée comme un succès et la preuve que les enfants ne sont pas par nature féminins ou masculins mais socialisés par l'éducation pour devenir des filles ou des garçons. Mais la théorie de John MONEY est fautive. La preuve est donnée par ce cas, celui sur lequel il a construit toute sa théorie. Brian, le frère jumeau homozygote de David offrait aux chercheurs un sujet de contrôle parfait. Les parents n'ont jamais été informés qu'il s'agissait d'une expérience, que c'était la première fois qu'une telle chose était faite sur un enfant non intersexe. Les enfants intersexes sont différents des garçons et des filles.

Brian et David, deux jumeaux homozygotes (issu du même oeuf), sont nés en 1965. Après quelques mois, les deux jumeaux ont des difficultés pour uriner à cause d'un phimosis (rétrécissement du prépuce, peau qui recouvre le gland). Pour que leur urètre ne soit plus comprimé, il faut enlever ce prépuce. Lors de la circoncision (enlèvement du prépuce), David perd son pénis, il a alors 8 mois. A 17 mois, il a première consultation chez John MONEY avec toute sa famille. Après avoir beaucoup réfléchi, ses parents décident de faire confiance à John MONEY. A 22 mois, David est castré, on transforme son scrotum en petites et grandes lèvres et entrée de vagin, on modifie la position de son urètre. Pour John MONEY, la limite d'une réassignation sexuelle est un peu après 24 mois.

Malgré cela et la contrainte que les adultes exercent sur lui, parce qu'il trouvait que c'est plus facile, David urinait debout chaque fois qu'il n'y avait personne pour le surveiller. A cause de cela, les filles comme les garçons ne voulaient pas de lui dans leurs toilettes. Durant toute sa scolarité, il a été rejeté par les enseignants et les autres enfants. Sa scolarité a été désastreuse. Il a été signalé plusieurs fois à la Child Guidance Clinic qui s'occupe des problèmes des enfants, tout comme nos PMI et CMP enfants. Dans ce cadre, il voit un psychiatre à partir de 11 ans.

Malgré la bonne volonté de ses parents pour appliquer le programme de John MONEY, David a dès le début résisté à cette assignation forcée qu'il sentait étrangère à sa nature profonde. Vers l'âge de 8 ans, les jumeaux ont commencé à refuser d'aller à la visite annuelle chez John MONEY. Le comportement (geste, façon de parler...) de David est masculin son physique est plus fin que celui de son frère Brian. A 9 ans, John MONEY dit à David qu'il lui faut un vagin pour être une vraie fille. David refuse toute nouvelle intervention. A 11 ans on lui demande de prendre des hormones féminines. Il refuse, il ne voulait pas avoir de seins. Il menace de se suicider si on l'oblige à continuer de voir John MONEY. A 12 ans David prend des hormones féminines pour faire plaisir à ses parents et parce qu'on lui dit que sans cela ses membres ne se développeront pas normalement. Il ne sait pas que c'est John MONEY qui les prescrits.

David est suivi par un psychiatre et un endocrinologue locaux. Ils appliquent le programme de John MONEY. Mais devant l'évolution de David, ils finissent par se poser des questions. A l'hiver 1979, David a 14 ans. Il refuse un examen des seins qui se sont développés et son endocrinologue lui demande s'il veut être une vraie fille. David dit non. Le médecin informe les parents qui décident de lui dire la vérité sur son passé, ce qu'ils font le 14 mars 1980. David en est soulagé, il comprend mieux pourquoi il se sentait bizarre. Il décide de reprendre son identité masculine de prendre des hormones mâles. Entre 15 et 16 ans, il a une mastectomie et une première phalloplastie qui lui permet seulement d'uriner. Il a une période difficile parce qu'on se moque à nouveau de lui pendant plusieurs mois à la suite d'une histoire amoureuse qui fini mal et où tout le monde apprend l'histoire de sa circoncision et de la perte de son pénis, histoire qu'il avait confiée à sa petite amie. Suite à ça, il a fait 2 tentatives de suicide. A 21 ans il a une seconde phalloplastie (du type DAVERIO-MEYER) qui, en plus d'uriner, lui permet des relations sexuelles avec orgasme. Il a un bon travail qui paie bien. A 23 ans, il rencontre une femme de 26 ans qui a 3 enfants de pères différents et qui les élève seule. Ils se marient 2 ans plus tard et David devient le père adoptif des enfants de sa femme.

David est tombé en dépression après avoir perdu son emploi et s'être séparé de son épouse. Quotidiennement, David visitait la tombe de son frère. Il pleurait encore Brian son frère jumeau mort deux ans plus tôt. La cause du décès n'a jamais été confirmée mais sa mère suspecte qu'il pourrait s'agir d'une overdose de médicaments dont Brian avait besoin pour traiter sa schizophrénie.

David a mis fin à ses jours, il est décédé le 4 mai 2004 à l'hôpital Saint Boniface, il avait 38 ans.

Suite à la médiatisation du cas de David REIMER, la plupart des pays occidentaux ont décidé un moratoire sur ces interventions qui ne sont pas destinées à sauver la vie des enfants ou améliorer suffisamment leur confort de vie. Ce n'est malheureusement toujours pas le cas en France.

### **Cas numéro 3: C. consultation d'une équipe médicale hospitalière**

C. trans' MtF a consulté à 3 reprises le psychiatre. Après des démarches, elle a obtenu une copie de son dossier (4 pages de notes brouillonnes en tout et pour tout!) qu'elle m'a confié pour montrer comment travaillent ces psychiatres. D'après C., l'information écrite des entretiens est tronquée et déformée. Une partie des questions sert à valider les critères de son protocole. Le psychiatre écrit au masculin ce que lui dit C.

Après des questions sur l'état civil, le psychiatre lui demande sa taille, son poids, sa pointure de chaussure. A la réponse de C., «42», il lui a dit «vous aurez du mal à trouver des chaussures [de femme] à votre pointure».

Le psychiatre se renseigne sur sa vie sexuelle, si elle vit seule ou en couple, si elle est mariée, si elle a des enfants. Il demande à C. de lui dire comment elle savait qu'elle était une femme, elle répond «sensible, émotif, inquiet, attentif aux autres».

La question ne serait pas idiote si on savait définir ce qu'est une femme ou un homme en dehors des constructions sociales et biologiques. C. décrit un stéréotype féminin «sensible, émotif, inquiet, attentif aux autres» courant dans sa culture. Qu'aurait-elle pu dire d'autre? De plus c'est une donnée totalement invérifiable.

Le psychiatre demande à C. si elle se travestit (terme qu'elle réfute), si elle est sexuellement excitée par le travestissement... Il écrit que C. «n'a jamais été attiré par les hommes, sauf des homosexuels efféminés qui pouvaient lui plaire».

C. m'a fait remarquer que une fois de plus, ses propos avait été déformés et tronqués et que le «jamais» contredit la suite du commentaire «[sauf des homosexuels efféminés qui pouvaient lui plaire](#)». Sauf à penser que dans l'esprit de ce médecin, être un homosexuel efféminé c'est d'une certaine façon ne pas être tout à fait un homme...

*Enfin; le psychiatre dit à C. «[mais pourquoi vous n'êtes pas homosexuel?](#)»*

Comme si elle pouvait répondre à cette question! On ne choisit pas d'être homosexuel ou trans', pas plus que d'être roux ou gaucher. On peut seulement assumer ou non ce fait. Pour une personne trans', assumer, c'est faire une transition. Le but est bien de fabriquer des hétérosexuels à la “sortie”!

*Il écrit «Après que je lui explique qu'il n'est pas a priori transsexuel primaire, C. reformule sa demande et veut approfondir la question avec moi.» Il dit à C. «[il vous manque un élément fondamental pour être transsexuel primaire, c'est l'attirance pour le sexe opposé à celui que vous dites avoir](#)».*

La notion de transsexuel primaire et transsexuel secondaire est aussi obsolète que le protocole[3] de soins de cette équipe médicale. Par ailleurs, l'attirance amoureuse et sexuelle est totalement indépendante de l'identité de genre. Soit le diagnostic est posé et il n'est pas nécessaire de faire languir C. durant 2 ans. Si le diagnostic est négatif, il faut le lui dire clairement et ne pas la prendre en charge, lui dire qu'on envisage autre chose pour elle. Soit le diagnostic n'est pas établi et il s'agit d'une méthode (que je trouve contestable) pour déstabiliser C. et voir ce qui va se passer. Nous sommes dans des pratiques qui relèvent de la maltraitance théorique et thérapeutique au sens de Françoise SIRONI[4]. Je rappelle que c'est le premier entretien et qu'aucune décision thérapeutique ne sera prise avant 2 ans. A priori, le diagnostic ne devrait pas être posé avant l'échéance. Que penseriez-vous d'un problème dont on connaît le diagnostic mais dont on ne proposerait pas de soins avant 2 ans alors que ceux-ci existent et qu'ils ont fait leur preuve depuis 50 ans? Pour le psychiatre, C. n'est pas une bonne candidate à la transition. Elle s'est finalement adressé à d'autres médecins et a financé sa transition, elle a obtenu son changement d'état civil et elle vit maintenant plus heureuse que si elle ne l'avait pas fait.

Le but non avoué de ces équipes médicales hospitalières est de limiter le nombre de personnes accédant à la transition au moyen de critères obsolètes, péjoratifs, sexistes, érigent en “norme” des stéréotypes majoritaires non questionnés.

## Conclusion

Quand on se rappelle comment étaient traités les enfants gauchers ou les enfants adultérins dans les années 50, par manque de connaissance ou pour des raisons morales et comment on considère ces mêmes personnes dans les années 2000, on peut mesurer l'évolution de la société, de ses mœurs et de ses connaissances. C'est la même histoire qui se répète avec les trans' et les intersexes. Beaucoup de chemin reste à faire pour que les trans' et les intersexes soient considérés aussi bien que les gauchers aujourd'hui.

Aucune majorité n'a raison parce qu'elle est majoritaire. Elle ne doit pas être une “norme” parce qu'elle est majoritaire. Le degré de civilisation d'une société se mesure à sa capacité à intégrer les populations situées aux marges d'une courbe de gaussienne (en cloche) par rapport à la majorité. Ce sont ces populations qui font évoluer les “normes” d'une société. En conséquence, nous avons tout intérêt à connaître et respecter les populations et cultures marginales, c'est à dire minoritaires. Je pense à une société



libertaire, une société qui permette à chacunE d'y avoir une place, une société sans domination ni discrimination.

Tom REUCHER, psychologue clinicien,

Transidentité: <http://syndromedebenjamin.free.fr>

Décembre 2006

### Notes:

- [1] Le résumé est issu de:  
MARCHAND L., RONDEPIERRE J., HIVERT P. et LEROY P., (1952), *Examen anatomo-pathologique de l'encéphale d'un dément précoce mort au cours d'une électronarcose 23 mois après une lobotomie*, in Annales médico-psychologiques, février 1952, pp. 175-179.
- [2] Le résumé est issu de:  
- CHALMERS Katie, (2004), *At end to boy/girl life. Subject of gender experiment*, in Winnipeg Sun, Monday 10th may 2004. (<http://www.canoe.ca/NewsStand/WinnipegSun/News/2004/05/10/453481.html>).  
- 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: <http://www.pfc.org.uk/node/905>.  
- DIAMOND Milton, SIGMUNDSON Keith, (1997), *Sex-reassignment at birth: Long-term review and clinical implications*, in Archives of Pediatric and Adolescent Medecine, march 1997, n°151, pp. 298-304.
- [3] Sont exclus, les patients mariés (au moment de l'évaluation) ou parents d'un ou plusieurs enfants mineurs. Ces transsexualismes d'installation tardive, parfois après plusieurs années de vie conjugale, entrent dans le cadre de transsexualismes dits «secondaires». Sont également exclus, les anomalies mentales telles que: transvestisme fétichiste, schizophrénie avec idées délirantes de thématique de métamorphose sexuelle, psychopathie avec demande de traitements hormonaux féminisants à visée utilitaire (prostitution), séropositivité au VIH ou à l'hépatite C, les personnes âgées de moins de 23 ans ou de plus de 55 ans.  
CORDIER Bernard, CHILAND Colette, GALLARDA Thierry, (2001), *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psychol., n°159, pp. 190-195.
- [4] SIRONI Françoise, (2003), *Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique*, in Pratiques Psychologiques, “Les Nouveaux défis éthiques”, n° 4, 2003, 3-13.

### Bibliographie:

AUGST-MERELLE Alexandra, NICOT Stéphanie, (2006), *Changer de sexe, identités transsexuelles*, Paris: Le cavalier bleu éditions, 187 p. Préface de Martin Winckler. ISBN: 2-84670-142-3.

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. ISBN: 2-908855-75-5.

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

DUAL Sandra, (1999), *Rencontre du troisième sexe*, Toulon: Gérard Blanc, 239 p.

FAUTRAT Pascal, (2001), *De quoi souffrent les transsexuels?*, (une pensée d'avance), Paris: Editions des archives contemporaines, 142 p.

FOERSTER Maxime, (2006), *Histoire des transsexuels en France*, (essai), Béziers: H&O éditions, 186 p. ISBN: 2-84547-138-6.

FOERSTER Maxime, (2003), *La différence des sexes à l'épreuve de la République*, Paris: L'Harmattan, 126 p. ISBN: 2-7475-5411-2.

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.

REUCHER Tom, (2005), Quand les trans deviennent experts. Le devenir trans de l'expertise, in *Multitudes*, n° 20, printemps 2005, pp. 159-164.

REUCHER Tom, (2002), *Ethnopsychiatrie, théorie queer et “transsexualisme” (syndrome de benjamin): pratiques cliniques*, mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université Paris 8, 72 p., (<http://syndromedebenjamin.free.fr/textes/travauxfac/travauxfac.htm>).

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., (<http://syndromedebenjamin.free.fr> > Textes > Travaux universitaires).

SIMON Sophie, (2004), *Un sujet de conversation*, Paris: Stock, 231 p. ISBN: 2-234-05694-2.

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.

TROVATO Ludwig, (2003), *Mon corps en procès*, Paris: Flammarion, 229 p.

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