

## TRANSIDENTITE ET CLASSIFICATION

**Résumé:** La classification des maladies a toujours des effets néfastes pour les personnes concernées en particulier en ce qui concerne les maladies mentales et les perversions (chapitre 5 de la CIM et DSM). La pathologisation d'une identité comme la transidentité reste à interroger. Que se passerait-il si les transidentités étaient dépathologisées sans pour autant être démedicalisées afin de maintenir une prise en charge par les assurances maladie?

**Abstract:** Classification of diseases has always harmful effects for people concerned especially when regarding mental illnesses and perversions (chapter 5 of the ICD and DSM). The pathologization of an identity such as transidentity remains to be questioned. What would happen if transidentities were depathologized without being demedicalized in order to maintain some caring by health insurances?

**Mots clés:** transidentité, transsexualisme, identité de genre, stigmatisation, transphobie, classification, maladie mentale.

**Key words:** transidentity, transsexualism, gender identity, stigmatization, transphobia, classification, mental disease.

Tom REUCHER, psychologue clinicien, trans FtM,  
[www.transidentite.com](http://www.transidentite.com)  
Mars 2013.

### Invention du transsexualisme

Si la première description médicale française remonte à Esquirol (1838), le transsexualisme est une invention médicale qui commence réellement dans les années 1950<sup>1</sup> en Occident. De tout temps, il y a eu des personnes pour vivre dans un genre différent de celui que leur désignait leur anatomie: Deux esprits (Amérindiens), Mahu (Polynésie traditionnelle<sup>2</sup>) ou Rae rae (Polynésie occidentalisée<sup>3</sup>), Xanith (Oman), Fa'a'fa fine (Iles Samoa), Fakaféfine (Iles Tonga), Hijra (Inde), Katoey (Thaïlande), Waria (Indonésie), Burrneshë<sup>4</sup> (Albanie), etc. En Europe, les historiens ont également

<sup>1</sup> Magnus Hirschfeld, l'un des tous premiers à prendre en compte la transidentité et à favoriser la chirurgie dans les années 1930. Harry Benjamin, une autre figure historique majeure, endocrinologue, il est l'un des premiers à prescrire des traitements hormonaux correspondant au sexe désiré par les personnes transidentitaires dans les années 1940-1960.

<sup>2</sup> Homme qui se vit au féminin et qui est considéré comme tel par la communauté. Le Mahu est intégré socialement.

<sup>3</sup> Du fait du tourisme et de l'occidentalisation de la vie locale (principalement à Tahiti), le Mahu (devenu Rae rae) s'est tourné vers la prostitution. Rae rae est un terme occidental qui est passé dans l'usage polynésien.

<sup>4</sup> Littéralement, "homme" avec un suffixe féminin, aussi connue sous le terme de "vierges jurées". En Albanie du Nord, lorsqu'il n'y a pas d'héritier mâle, une fille vierge peut prendre sa place, ([http://www.ccn-roubaix.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=415](http://www.ccn-roubaix.com/index.php?option=com_content&view=article&id=415)). Voir également: de Rapper Gilles, *Entre masculin et féminin. La vierge jurée, l'héritière et le gendre à la maison*, in L'Homme. Revue française d'anthropologie n° 154-155, 2000, pp: 457-466.

trouvé des personnes ayant vécu une partie de leur vie ou sa totalité dans l'autre sexe, quelques-unes ayant même contracté mariage. Certaines de ces vies sont révélées par des procès dont les archives judiciaires gardent trace<sup>5</sup>. Des personnes plus connues ont laissé des témoignages<sup>6</sup>.

## Les termes

Je préfère parler de transidentité<sup>7</sup> plutôt que de transsexualisme car cela tient compte des identités multiples liées aux questions de genre. Créés en période des premières grandes études de la sexualité humaine<sup>8</sup>, les termes “transsexualisme”, “transsexualité”, “transsexuel” en prenant comme modèle homosexualité et hétérosexualité, renvoient à une question de sexualité. Ces termes sont issus d'une confusion entre l'attraction amoureuse et sexuelle et l'identité de genre qui à l'époque étaient amalgamées. Si elles sont en articulation, l'une n'est pas la conséquence de l'autre. Du point de vue de l'attraction amoureuse et sexuelle, les trans' peuvent être hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, asexuels... Les pratiques présentent autant de variétés, tout en ayant quelques spécificités [Reucher, 2000]. Transidentité, donc, au sens des identités trans', qu'elles soient transsexes (plutôt que “transsexuelles”) ou transgenres. Le terme “transsexe” est construit sur le modèle “transgenre”. On peut dire: les “personnes trans” (avec une apostrophe), les “personnes transidentitaires” ou les “personnes avec transidentité” quand il s'agit de parler des “personnes transsexes et transgenres”. Contrairement à l'usage médical qui utilise les éléments de leur état civil de naissance pour les désigner, les décrire et même parfois leur parler, je tiens compte de leur identité de genre, je m'adresse à eux dans le genre qui leur convient, il en est de même dans mes écrits. En effet, tenir compte de l'identité de genre des personnes transidentitaires, (comme utiliser le prénom d'usage, les pronoms masculins ou féminins et les accords correspondant à l'identité de genre de la personne), fait partie des bonnes pratiques dans les relations humaines. Plus que de simple politesse, c'est de respect et de dignité dont il est question. De même, les titres “Monsieur” ou “Madame” ne font pas partie de l'état civil mais des règles de politesse. On peut donc utiliser ceux correspondant à l'identité de genre des personnes ou s'en passer complètement. Ce n'est pas *délirer* avec eux comme le pensent certains pys [Millot, 1983; Mercader, 1994; Czermak et al 1996a<sup>9</sup>, 1996b; Chiland 1997]. Pour moi, il s'agit du respect minimum afin de pouvoir travailler efficacement avec des personnes trans' [Reucher, 2002, 2005]. Cela ne coûte rien aux praticiens de procéder de la sorte. Je considère que les personnes hostiles à la question transidentitaire ont le devoir de s'abstenir de prendre en charge ce type de consultants. C'est comme pour la contraception et l'IVG: celles-ci sont une liberté pour les femmes qui en ont besoin, pas une obligation pour celles qui ne le souhaitent pas. Les professionnels de santé qui y sont hostiles peuvent donc tout à fait se passer de travailler sur ces sujets.

Les questions liées au sexe et à la sexualité avivent de forts mouvements pulsionnels et passionnels. Les projections des fantasmes sexuels sont fréquentes et obèrent le

<sup>5</sup> Voir entre autre: BARD Christine, PELLEGRIN Nicole, (dir.), *Femmes travesties: un “mauvais” genre*, in *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n° 10, Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 1999, 299 p.

<sup>6</sup> François-Timoléon de Choisy (1644-1724) a vécu une partie de sa vie au féminin sous les noms de Mme de Sancy puis de Comtesse des Barres (*Mémoires de l'abbé de Choisy habillé en femme*), Charles-Geneviève-Louis-Auguste-André-Timothée d'Éon de Beaumont ou le Chevalier d'Éon (1728-1810) a aussi vécu une partie de sa vie au féminin.

<sup>7</sup> Mot allemand traduit par Support Transgenre Strasbourg et trouvé sur [http://www.sts67.org/html/gloss/fr\\_glossaire.html#transidentity](http://www.sts67.org/html/gloss/fr_glossaire.html#transidentity).

<sup>8</sup> Les Rapports Kinsey (Alfred): *Sexual behavior in the human male* (1948) et *Sexual behavior in the human female* (1953).

<sup>9</sup> Ce livre contient entre autre pp. 311-353, la transcription d'un entretien de Jacques Lacan avec un patient: «*Entretien avec Michel H.*». Cette façon de faire perdure chez les lacaniens qui restent sur les positions du “maître” depuis lors.

raisonnement. En quoi la rectification d'un nez est-elle plus acceptable que celle d'un sexe? Certes la chirurgie rend stérile mais l'humanité n'est pas en manque de procréateurs. Personne n'est obligé d'en passer par là, seules les personnes qui y voient un intérêt en font la demande. De même, un traitement hormonal substitutif n'est pas irréversible avant plusieurs mois. C'est dans la durée qu'il est efficace et, si l'état de santé le permet, c'est un test bien plus efficace que n'importe quelle évaluation psychologique ou psychiatrique et qui plus est bien moins coûteux.

### **Offre médicale: traitements hormonaux et chirurgies**

Quand les progrès de la médecine ont permis la transformation des corps au début du XX<sup>e</sup> siècle, les trans' les ont naturellement utilisés (hormones, chirurgie). Avant les années 1960 [Foerster, 2006], les personnes trans' se procuraient leurs hormones à la pharmacie ou elles étaient en vente libre. Elles ne consultaient pas de psychiatre. La transidentité n'était pas reconnue par la sécurité sociale et les trans' finançaient toute leur transition. Les personnes qui en avaient les moyens pouvaient se faire opérer quand c'était possible. On faisait la queue chez le chirurgien George Burou, l'inventeur de la vaginoplastie, qui exerçait à Casablanca au Maroc.

En Occident, c'est à partir des années 1960 que les psys ont pris en mains les parcours transidentitaires pour un contrôle des transitions en échange d'une prise en charge médicale: mise en place d'équipes médicales (Cliniques de genre), création de protocoles, inclusion du transsexualisme dans les manuels de psychiatrie (DSM, chapitre 5 de la CIM) [APA 1994, OMS 1993a].

Trop heureux de trouver des solutions techniques accessibles, les trans' ont répété les histoires de vie des premières biographies pour obtenir leurs soins. Les discours étaient stéréotypés. Il faudra la fin des années 1990 pour voir une évolution. Les médecins ont tiré leurs descriptions cliniques de ces premiers patients, ce qui leur a permis de se conforter dans la justesse de leurs arguments et de maintenir une position dominante.

### **Les équipes médicales hospitalières tentent d'avoir un monopole**

En France, les équipes médicales hospitalières ont commencé leurs activités à la fin des années 1970. Copiant le système étasunien des Cliniques de genre, les médecins hospitaliers qui s'intéressaient au sujet se sont constitués en équipes médicales. Comme elles étaient dans l'incapacité de faire face au nombre des demandes, ces équipes médicales ont élaboré des critères restrictifs pour limiter la quantité de personnes pouvant avoir accès aux traitements qu'elles proposaient. Ainsi, depuis le début, seules 10% à 20% de personnes concernées sont traitées par ces équipes (en moyenne 10 opérations génitales par chirurgien et par an<sup>10</sup>). Dans les années 1980, elles étaient les seules à s'occuper du transsexualisme en France, mais elles ont perdu ce monopole de fait au milieu des années 1990 à cause de leurs restrictions. En 1989, avec la complicité de l'Etat qui ne veut toujours pas légiférer sur ces questions, via une lettre ministérielle, elles ont tenté d'imposer un protocole<sup>11</sup> qui n'a aucune base légale [Cordier et al, 2001],

<sup>10</sup> Depuis la fin des années 2000, quelques équipes opèrent un peu plus mais restent très limitée par rapport à la demande.

<sup>11</sup> Voir sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/circulaire1989.htm>. Par ailleurs, aucune de ces équipes n'utilisent les "Standards Of Care" (Recommandations de soins, dont le 7ème version est sortie en 2011) de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), anciennement Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIQDA). Ces SOC sont utilisés par la majorité des praticiens dans le reste du monde.

qui est inadapté aux personnes trans' et qui les infantilise. L'autre problème principal est qu'elles cherchent depuis le début par tous les moyens<sup>12</sup> à retrouver ce monopole perdu, ce malgré l'impossibilité matérielle, évoquée plus haut, de répondre à la demande. Depuis 2010, elles se sont regroupées en association: la Sofect (Société Française d'Etudes et de prise en Charge du Transsexualisme).

En France, il n'y a actuellement aucune loi qui régit la prise en charge des personnes transidentitaires. Seule l'Affection Longue Durée (ALD) a été adaptée en 2010. En novembre 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a proposé, à l'image de ce qui existe pour certaines maladies rares, la définition d'un protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) afin d'améliorer la prise en charge médicale des patients et de l'homogénéiser sur l'ensemble du territoire. La HAS a également suggéré la création de centres de référence sur le transsexualisme, afin de pallier l'insuffisance de l'offre en France [HAS, 2009]. Pour l'instant rien n'a été validé. Un groupe de travail avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), auquel j'ai participé, a été organisé en 2010 mais seulement 2 réunions ont eu lieu. Ce groupe de travail a été interrompu avec le changement du ministre de la Santé<sup>13</sup>. Le nouveau ministre a demandé une enquête à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) qui a remis son rapport fin 2011. Ce n'est qu'après les élections présidentielles qu'il a été rendu public. Aucun centre de référence n'ayant été désigné, il n'y a toujours pas de PNDS.

Par ailleurs, certaines administrations présentent encore la fameuse lettre ministérielle de 1989 accompagné de son protocole [Cordier et al, 2001] comme la règle de prise en charge de la transidentité, mais les lettres ministérielles sont dépourvues de caractère réglementaire. Cette lettre ministérielle et ce protocole ne sont donc légalement pas opposables à qui que ce soit<sup>14</sup>. Dès lors, rien n'interdit à un médecin de prescrire un traitement hormonal pour venir en aide à une personne transidentitaire, y compris pour un mineur avec l'accord des parents. Si l'ALD n'a pas été encore obtenue, la prescription peut être faite hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

## Les trans' contournent les protocoles inadaptés

Les trans ont dû s'organiser pour trouver des solutions. Dans les années 1990, ils se sont regroupés dans des associations, ils ont trouvé des alliés en s'adressant à d'autres médecins. Des réseaux alternatifs se sont créés, permettant une prise en charge des personnes trans' non considérées par les équipes médicales hospitalières. Qu'elles ne correspondent pas aux critères des protocoles Sofect, qu'elles en soient rejetées ou qu'elles ne souhaitent pas ce type de prise en charge, ces 80% à 90% de trans' construisent individuellement leur parcours de transition en choisissant leurs médecins, leur rythme et le recours ou non à la chirurgie. N'ayant pas accès à la chirurgie en France, celles qui la souhaitent doivent s'adresser à l'étranger.

---

<sup>12</sup> Communications personnelles de plusieurs médecins et chirurgiens: convocation devant le Conseil de l'ordre des médecins, courrier de rappel à l'ordre aux directeurs de clinique, contrôle de sécurité sociale, intégration de certains des membres des équipes médicales hospitalières dans des instances décisionnaires, etc. Certains ont abandonné cette activité, d'autres ont résisté. Voir aussi: <http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/securitesociale.htm#archives> et <http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/securitesociale.htm#saga>.

<sup>13</sup> Roselyne Bachelot remplacée par Xavier Bertrand.

<sup>14</sup> En 2004, la Cour de cassation a donné raison à un plaignant contre la sécurité sociale qui mettait en avant cette lettre et son protocole pour imposer les équipes médicales hospitalières contre le libre choix de ses médecins et refuser le remboursement de soins en clinique privée en France. Voir: <http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/securitesociale.htm#saga>.

## Problématique de la transidentité

La transidentité n'est pas une maladie mentale. Plutôt que de «*dysphorie de genre*» ou «*trouble de l'identité de genre*» ou pire «*trouble de l'identité sexuelle*», il est plus approprié de parler de «*variation de l'identité de genre*» ou d'«*identité de genre atypique*»: le sexe biologique de la personne concernée ne correspond pas au genre auquel elle s'identifie. La transidentité n'est pas une pathologie au sens propre mais elle nécessite des soins médicaux, tout comme la grossesse, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'assistance médicale à la procréation (AMP), l'obésité.

Ce n'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 occasionne la souffrance. C'est aussi le résultat d'une mauvaise acceptation par notre société qui est trop binaire: deux sexes, deux genres, deux attirances amoureuses et sexuelles...; société hétérocentrée, hétéronormative, patriarcale et sexiste, ce qui entraîne des discriminations sur le sexe, le genre et la sexualité (sexisme, homophobie, transphobie). La majorité hétéro s'est attribuée un statut "normatif" alors qu'elle n'est que majoritaire. Les minorités ne sont pas anormales, elles sont juste minoritaires. Toute l'éducation repose sur les stéréotypes de la majorité qu'elle intègre dans ses formes de transmission comme étant des "normes", d'où une forte contrainte à la "normalité"! C'est pourquoi les minorités vivent mal d'être marginalisées et considérées comme "anormales". Le rejet par la société d'une personne parce qu'elle n'est pas dans la "norme" crée chez celle-ci le sentiment d'une honte de soi. En quoi les minorités sont-elles une menace pour la majorité?

On ne choisit pas d'être trans', pas plus que d'être homosexuel ou gaucher. On a tendance à oublier que ce sont d'abord des enfants qui ont ce problème identitaire. A force d'être rejetés et discriminés parce qu'elles sont différentes, les personnes transidentitaires ont souvent une mauvaise image d'elles-mêmes. Elles ont intégré le fait d'être une mauvaise personne dès l'enfance. C'est la transphobie intériorisée. Les conséquences de la stigmatisation influent sur l'équilibre psychologique des personnes concernées. S'il y a besoin d'une aide psychologique, elle concerne les conséquences de la discrimination subie à cause d'une identité de genre atypique. Je ne note pas ces difficultés d'estime de soi chez les personnes dont la culture permet cette variation de l'identité de genre.

## Conséquences de la psychiatrie et la pathologisation

En France, de nombreux écrits commis par des pys<sup>15</sup>, qui se sont érigés en experts de la transidentité, —bien que certains d'entre eux n'en aient jamais rencontré—, ont causé beaucoup de tort aux trans'. Ces pys ont un problème avec leur contre transfert et leurs écrits découlent de leur frayeur, d'une méconnaissance des différents processus de transidentité et de théories hétérocentrées érigées en "normes" au mépris des droits humains. Ces écrits montrent également une incapacité à apprendre des patients. Les positions en sont plus dogmatiques que cliniciennes ou scientifiques [Reucher, 2002, 2005]. Le maintien d'une étiquette psychopathologique confortera ces écrivains dans leurs positions et continuera de générer des conséquences sociales et politiques pour les personnes trans', tels que leur rejet par la famille, l'entourage professionnel ou social et par la société en général, le refus des Etats à prendre des dispositions favorables en

---

<sup>15</sup> Psychanalystes, psychologues, psychiatres.

faveur des personnes transidentitaires concernant les changements d'état civil, les documents administratifs et d'identité.

L'un des autres effets délétères concerne les divorces, l'autorité parentale et les droits de visite et d'hébergement des enfants. De nombreuses personnes trans' voient leurs droits parentaux restreints voir supprimés lors de divorces conflictuels du fait d'expertises psys reposant sur des théories obsolètes et non questionnées, affirmant que les parents trans' représentent un danger pour le développement des enfants. Il existe pourtant de nombreux exemples où la séparation se fait en bonne intelligence et où les enfants, qui ne souffrent pas des conflits parentaux, continuent de voir leurs deux parents avec plaisir. D'autres exemples positifs se trouvent parmi les couples qui ne se séparent pas car le lien amoureux est toujours présent. Un dernier cas de figure est celui où une personne trans' rencontre une personne ayant des enfants et qu'ils se mettent en couple formant ainsi une famille recomposée. Là encore les exemples positifs ne sont pas rares.

### **Conséquences d'une prise en charge inadaptée**

La non prise en charge ou la prise en charge dans de mauvaises conditions entraîne des conséquences similaires à celles de l'IVG avant sa légalisation, des problèmes de santé publique telles que:

- procurement des hormones en dehors du circuit sécurisé des pharmacies (internet, marché noir, etc.);
- opérations hors de France, rarement prises en charge, et parfois effectuées dans des officines peu regardantes, certaines de très bonne qualité, d'autres non;
- prostitution pour se payer des chirurgies;
- comportement à risque par désespoir: rapports sexuels non protégés, conduite automobile dangereuse, sports extrêmes, prise de toxiques pour oublier (alcool, stupéfiants, etc.), travail excessif pour ne pas penser, etc.;
- dépression, anxiété, retrait social, etc.;
- automutilation, tentative de suicide, suicide;
- déscolarisation des jeunes à 16 ans. Ils n'assument pas l'apparence sexuée que la puberté donne à leur corps. A cela peut s'ajouter le harcèlement subi par les pairs que les adultes ne font pas cesser. Ce sont les plus fragilisés par cette identité de genre atypique qui sont les plus pénalisés par l'absence de prise en charge adaptée.

Quels sont les coûts générés pour la société par cette mauvaise prise en charge des transidentités? Il serait intéressant de les mesurer. La plupart des personnes trans' ont songé au suicide au moins une fois dans leur vie. Une bonne partie a fait une tentative, dont certaines en gardent des séquelles. Nous ne savons pas combien de suicides réussis sont dus à la transidentité ni combien de morts par des conduites à risques en découlent.

Toute offre de soins inadaptée ne pourra qu'entraîner un contournement du dispositif par la population concernée. Seul le libre choix de ses médecins, un parcours "à la carte", la suppression de "l'autorisation psy" [Reucher, 2011a] pour les hormones ou la chirurgie, des offres chirurgicales qui prennent en compte les meilleures techniques au monde (ou leur remboursement si effectuées hors de France), l'accès aux traitements des moins de 18 ans et la prise en compte dès l'enfance [Reucher, 2011b] permettront de sécuriser les parcours de soins.



Des professionnels de santé disent qu'ils ne veulent pas donner des traitements hormonaux aux mineurs ni bloquer la puberté (avant 16 ans) car ils ne savent pas les conséquences à long terme sur leur état de santé. On donne des traitements neurochimiques à des enfants parce qu'ils sont trop agités<sup>16</sup> sans que l'on se préoccupe des conséquences à long terme sur leur cerveau. Le problème est pourtant bien similaire. Certes, les antigonadotropes ont des effets secondaires non négligeables mais on les donne à des enfants pour bloquer une puberté précoce sans que des problèmes soient notés sur leur développement neurologique. Ce qui est possible dans ce cas devrait l'être pour les jeunes trans' après une information honnête sur ce que l'on sait de ces traitements afin de leur permettre un choix éclairé. Depuis les années 1990, plusieurs pays permettent cette démarche: USA, Canada, Royaume Uni, Pays Bas, Allemagne, Australie... Pourquoi ne pas le faire aussi en France?

### Proposition d'un parcours de soins

Déclassifier la transidentité de la liste des maladies mentales ou dépathologiser ne veut pas dire démedicaliser. Les trans' ont besoin de soins (hormones, épilation définitive, chirurgie, etc.), d'accompagnement psychologique..., cela ne veut pas dire qu'ils ont une maladie mentale ou une maladie physique. Par ailleurs, il est plus facile de faire un travail psychologique avec une personne quand elle n'est pas contrainte à consulter. Tout comme moi [Reucher, 2005], Françoise Sironi, maître de conférences en psychologie clinique à l'université Paris-VIII, expert près la Cours d'appel de Paris et la Cour pénale internationale, fait le même constat de la nécessaire dépsychiatriation et de la possibilité d'un travail psychologique avec les personnes transidentitaires dès lors que le psy n'a pas une pratique de maltraitance par des théories inadéquates: «*Ces symptômes sont, à tort, attribués à une prétendue "psychopathologie des sujets transsexuels", et non à l'impact des cliniciens sur leurs patients.*» [Sironi, 2011, p. 33].

Il me semble utile de s'inspirer des processus similaires qui ont fonctionné par le passé. La contraception et l'IVG sont, à mes yeux, à la fois proches tant dans les problèmes de santé que par la réponse apportée sur le plan médical par les autorités. Ce modèle pourrait s'adapter aux transidentités. Il serait possible de s'appuyer sur les Centres de planning familial. Comme pour l'IVG, transférer la responsabilité de la décision du traitement à la personne trans' plutôt qu'à un psy me semble être la piste la plus efficace. Quand, après une information honnête, les patients concernés sont mis en situation de décider de commencer le traitement qu'ils demandent dès qu'ils le souhaitent, ils ne se précipitent pas tous chez l'endocrinologue. Certains vont temporiser et commencer un travail psychologique ou attendre que leur situation personnelle ou professionnelle soit plus favorable. Ils ne sont plus stressés par une décision qu'ils ne maîtrisent pas.

Il faudrait permettre à tout chirurgien ayant la formation de base dans les domaines utiles (urologie, gynécologie, chirurgie plastique, micro chirurgie) de se spécialiser en chirurgie transidentitaire. L'offre de soins serait ainsi plus importante. Il y a de quoi occuper plusieurs chirurgiens à raison d'au moins une opération génitale par semaine. Sans en faire une activité unique, il faut une pratique régulière pour garder la main et assurer ainsi fiabilité, sécurité et efficacité. Les personnels soignants devraient tous être volontaires et formés spécialement pour ce type de soins car ce qui touche aux zones génitales reste un problème dans le corps médical.

<sup>16</sup> Qu'ils souffrent de Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) ou de Trouble Envahissant du Développement (TED), la nouvelle dénomination pour le spectre autistique dans son ensemble.

Les intersexuations ou variations du développement sexuel (plutôt qu'anomalies du développement sexuel) ne devraient pas relever des procédures de la transidentité, lesdites variations devraient être suffisantes pour permettre aux personnes intersexuées de s'orienter dans un genre ou l'autre si elles le demandent. C'est pourquoi les divers tests (biologiques, génétiques, etc.) devraient être faits en première intention avant toute orientation dans un processus de soins. Cela ne veut pas dire que les personnes intersexes ne pourraient pas avoir de soutien psychologique si elles estiment en avoir besoin, ni qu'elles ne pourraient pas intégrer un parcours transidentitaire si elles le souhaitaient.

### **Résumé du parcours de soins proposé par les usagers en France**

1. Première procédure de consentement éclairé en 1 mois (centre de planning familial).
2. Traitement hormonal et test de vie réelle avec les hormones. Epilation, rééducation vocale, chirurgie non génitale à la demande (FFS, pomme d'Adam, mammoplastie, mastectomie). Le simple fait que la personne poursuive le traitement montre qu'il lui convient. Accompagnement psychologique si souhaité à tout moment. Le respect du libre choix de ses médecins.

Dans ce cadre, les enfants et adolescents qui le souhaitent devraient pouvoir être accompagnés ainsi que leurs familles. De même, ils devraient pouvoir obtenir les traitements bloquant la puberté dès ses premiers signes et, à partir de 14-16 ans, les traitements hormonaux de substitution et la chirurgie non génitale.

3. Pour la chirurgie génitale, seconde procédure de consentement éclairé en une semaine, un an après le premier consentement éclairé (au minimum).
4. Changement d'état civil dès que la personne l'estime nécessaire et au plus tôt 3 mois après le premier consentement éclairé sans autre condition. Changement de prénom dès le premier consentement éclairé.

Plus simplement encore, le changement d'état civil, sexe et prénom, devrait pouvoir être obtenu sans condition par qui le demande tel que le préconise la *Résolution 1728 (2010)*<sup>17</sup> [Assemblée européenne, 2010] et comme le réclament de nombreuses associations trans'. Personne ne peut fonctionner correctement avec des papiers d'identité et documents administratifs inadaptés. Il y a peu de chance qu'une personne non concernée en fasse la demande.

### **Propositions de classification dans la CIM**

La transidentité pourrait être classée (comme le sont la contraception et l'avortement non pathologique) dans le CHAPITRE XXI [OMS, 1993b] ou regroupé dans un autre chapitre sous l'intitulé par exemple de «*Santé sexuelle, procréation, contraception, identité de genre*».

Il ne me semble pas utile de différencier les personnes qui souhaitent seulement un traitement hormonal de celles qui demandent aussi une chirurgie génitale, les avis peuvent changer dans un sens ou dans l'autre en fonction de l'expérience du vécu. Par exemple, un FtM qui souhaitait un phalloplastie peut y renoncer après avoir pris

<sup>17</sup> Texte adopté par l'Assemblée le 29/04/2010 (17ème séance), voir: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17853&lang=FR>. Cette résolution est très importante et la France l'a signée via ses représentants: elle doit l'appliquer.



connaissance des difficultés à la réaliser et des risques opératoires. Une MtF peut après plusieurs années de traitement hormonal avoir envie d'aller plus loin dans sa transformation et demander une vaginoplastie. Je ne pense pas qu'il soit pertinent de traiter différemment transgenres et transsexes, car les frontières entre ces différentes catégories sont floues et non fixées; elles sont en évolution constante. Des transgenres se font opérer et des transsexes ne le souhaitent pas. Il s'agit plus d'une question identitaire que d'une question de parcours de soins. Au fil du temps, l'identité de genre peut évoluer, devenir plus fluide ou plus nette, certains transsexes deviennent transgenres et inversement.

Il n'est pas non plus nécessaire de créer une entrée spécifique pour les enfants ou adolescents. Les enfants peuvent avoir besoin d'un accompagnement psychologique. Ce n'est qu'à l'entrée en puberté qu'un traitement antigonadotrope pourra être envisagé, tout comme pour les adolescents. Les adolescents peuvent être intégrés dans le même article que les adultes.

De même, la distinction de l'orientation sexuelle n'est pas pertinente car, même si elle est en articulation, elle est de nature différente de l'identité de genre. Comme le reste de la population, les personnes trans' peuvent avoir toutes les attirances amoureuses et sexuelles.

## Conclusion

Quand on se rappelle comment étaient traités en France les enfants gauchers ou les enfants adultérins dans les années 1950, par manque d'information 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 personnes trans'. Beaucoup de chemin reste à faire pour qu'elles soient considérées aussi bien que les gauchers aujourd'hui.

Il faudrait sans doute changer certaines expressions, comme par exemple parler de «*droits humains*» plutôt que de «*droits de l'Homme*». La plupart des gens oublie le "H" majuscule, y compris l'Union européenne. De plus la majuscule "H" ne s'entend pas dans les discours. Cela paraît anodin, mais pour la majorité «*Homme*» = «*homme*» et «*humain*» = «*homme*» et «*femme*». De même, les livres scolaires, les romans, les livres pour enfants devraient intégrer une égalité quant aux rôles de genre où chaque sexe ne resterait pas limité à ses stéréotypes sociaux de façon à favoriser une éducation non sexiste. Il faudrait aussi diffuser des informations à destination du grand public via des documentaires, des fictions, etc. Comme le montre Karine Espineira [Espineira, 2008], l'amélioration du traitement des transidentités par les médias a contribué à une meilleure acceptation sociale. Si les genres étaient plus fluides, peut-être que certaines personnes trans' ne demanderaient pas de changements physiques.

Le respect des droits humains tel que définis dans *Les principes de Jogjakarta* [Panel international d'experts en législation internationale des droits humains, 2007], la *Résolution 1728 (2010)* [Assemblée européenne, 2010] et les recommandations du Commissaire européen aux droits humains [Hammarberg, 2009] est essentiel. Ces résolutions, recommandations et principes ne peuvent et ne doivent pas être ignorés par les Etats, l'Organisation Mondiale de la Santé et les organismes de santé.

## Bibliographie

American Psychiatric Association, *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IV, Critères diagnostic, (Washington DC, 1994), trad. fr.: Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp: 250-252.

Assemblée européenne, *Résolution 1728 (2010): Discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre*. Texte adopté par l'Assemblée le 29 avril 2010 (17e séance). <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17853&lang=FR>

CORDIER Bernard, CHILAND Colette, GALLARDA Thierry, *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psychol., n° 159, 2001, pp: 190-195.

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

CZERMAK Marcel, FRIGNET Henri et coll., *Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme. Actes des journées du 30 novembre et 1er décembre 1996*, (Le discours psychanalytique), Paris, Association Freudienne Internationale, 1996b, 444 p.

MERCADER Patricia, *L'illusion transsexuelle*, Paris: L'Harmattan, 1994, 297 p.

MILLOT Catherine, *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*, Paris: Point hors ligne, 1983, 141 p.

ESPINEIRA Karine, *La transidentité, de l'espace médiatique à l'espace public*, Paris: L'Harmattan, (Champs Visuels), 2008, 198 p.

FOERSTER Maxime, *Histoire des transsexuels en France*, Béziers: H&O éditions, (essai), 2006, 186 p. Préface de Henri Caillavet.

HAMMARBERG Thomas, *Droit de l'Homme et identité de genre*, octobre 2009, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1498499>.

HAS, *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, novembre 2009, 158 p., annexes, pp: 159-223.

Panel international d'experts en législation internationale des droits humains, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, *Les principes de Jogjakarta. Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre*, [www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org), 2007.

OMS, *Classification Internationale des Maladies*, Version 10, Genève, Paris: Masson, 1993a.

OMS, *Chapitre XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)*, in *CIM-10/ICD-10*, 1993b. Consultation en ligne, décembre 2010: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> et <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/>.

REUCHER Tom, «Depsychiatriser sans demédicaliser, une solution pragmatique», in *L'Information psychiatrique*, 2011a, Volume 87, n° 4, pp: 295-299.

REUCHER Tom, «La transidentité entre 10 et 20 ans», in *La transidentité: des changements individuels au débat de société*, Arnaud ALESSANDRIN (dir.), Paris: L'Harmattan, (Logiques sociales), 2011b, pp: 51-59.

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

REUCHER Tom, *Ethnopsychiatrie, théorie Queer et "transsexualité": pratiques cliniques*, mémoire de DESS en psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université de Paris 8, 2002, 72 p. Texte disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr/textes/travauxfac/travauxfac.htm>.

REUCHER Tom, *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, 2000, 110 p. Annexes, 129 p. Texte disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr/textes/travauxfac/travauxfac.htm>.

SIRONI Françoise, *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Paris: Odile Jacob, 2011, 269 p.