

Le « transsexualisme », entre normes sociojuridiques, normes de santé et normes de genre

Maud-Yeuse Thomas and Karine Espineira

Volume 28, Number 1, Spring 2016

De l'intervention à l'action : nouvelles avenues d'inclusion des communautés LGBTQI

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1039172ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1039172ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Thomas, M.-Y. & Espineira, K. (2016). Le « transsexualisme », entre normes sociojuridiques, normes de santé et normes de genre. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(1), 34–48. <https://doi.org/10.7202/1039172ar>

Article abstract

The statement of “risky practices” and of pathologies about “transsexualism” maintains the context of a standard of health based on a majority said to be “normal”, expurgated of the minority peculiarities and generating targeted but conditional policies delivered from expertises. Their economic justification allows to hide the violence of the ideological dimensions which are in confrontation on both sides of the “healthy” and the “pathological”. Trans are at the center of these conceptions and seem to pay the price. On one side a tolerant vision (fights against discrimination, equal rights), on the other side, a pathologizing vision conditioning the frame of the coverage and making up a “coverage” defined from a psychopathologist conception, protected by a “therapeutic shield” and binary standards of gender.



DOSSIER

Le « transsexualisme », entre normes sociojuridiques, normes de santé et normes de genre

Maud-Yeuse THOMAS
Université Paris 8

Karine ESPINEIRA
LEGS, CNRS - Université Paris 8

L'énoncé de « pratiques à risque » et de pathologies à propos du « transsexualisme » tend à maintenir le contexte d'une norme de santé sur la base d'une majorité « normale » expurgée des singularités minoritaires et générant des politiques ciblées mais conditionnelles, délivrées à partir d'expertises. Leur justification économique permet de dissimuler la violence des dimensions idéologiques qui s'affrontent de part et d'autre du « sain » et du « pathologique ». Les trans sont au centre de ces deux conceptions et semblent en payer le prix. D'un côté une vision tolérante (luttés contre les discriminations, égalité des droits) de l'autre une vision pathologisante conditionnant le cadre de la prise en charge et composant une « prise en charge » définie à partir d'une conception psychopathologiste protégée par un « bouclier thérapeutique » et les normes binaires de genre.

Mots-clés : transsexualisme, bouclier thérapeutique, protocoles hospitaliers, dépsychiatisation, normes de santé et de genre

The statement of “risky practices” and of pathologies about “transsexualism” maintains the context of a standard of health based on a majority said to be “normal”, expurgated of the minority peculiarities and generating targeted but conditional policies delivered from expertises. Their economic justification allows to hide the violence of the ideological dimensions which are in confrontation on both sides of the “healthy” and the “pathological”. Trans are at the center of these conceptions and seem to pay the price. On one side a tolerant vision (fights against discrimination, equal rights), on the other side, a pathologizing vision conditioning the frame of the coverage and making up a “coverage” defined from a psychopathologist conception, protected by a “therapeutic shield” and binary standards of gender.

Keywords: transsexualism, therapeutic shield, hospitable protocols, de-psychiatisation, standards of health and gender

UNE DOUBLE POLITISATION EN MIROIR : L’ASSOCIATIF TRANS ET LE DISPOSITIF MÉDICOLÉGAL

L’étude de l’émergence des associations trans en France et de la mise en place des outils de prise en charge dans les hôpitaux montre que les dispositifs œuvrent pour une reconnaissance sociale, répondant aux critères de l’insertion sociale et professionnelle à travers un parcours-type : transition médicale (hormonothérapie, opérations) et transition sociale (état civil, numéro de Sécurité sociale, etc.). Coïncidant avec la politisation progressive de l’associatif trans, les cadres du suivi médical semblent changer de nature au cours des années 1980. Cette évolution pose de nombreuses questions : les protocoles hospitaliers suivent-ils la logique d’un centralisme médicolégal qui lui délègue le pouvoir de dire et définir le vrai sexe? Ont-ils mis en place des outils d’autolégitimation que nous nommons un bouclier thérapeutique se doublant d’un bouclier économique? Ce dispositif de contrôle disciplinaire va en tout cas instaurer une dépendance très forte envers la psychiatisation masquant le travail socioculturel de l’intangibilité des états civils.

Par bouclier, nous proposons l’expression « bouclier thérapeutique » (Espineira, 2011) inspirée par le médiatique « bouclier fiscal » qui s’est imposé en France en 2008 :

« La formule est éminemment mixte : médiatique, politico-économique, idéologique et culturelle. Elle reflète l'ambivalence ou l'ambiguïté de la position et du discours tenus. Sur notre terrain nous entendons : "Ici, on soigne" et dès lors : qui soigne qui et dans quel contexte? Comment et avec quels moyens? » (Espineira, 2014; 2015, p. 226).

Le cas français n'est pas une exception. La mise en place des outils d'autolégitimation que nous étudions se retrouvent partout dans le monde. On voit avec le travail de groupes tels que *Stop trans Pathologization* (STP), *Transgender Europe* (TGEU) ou *Global Action for Trans* Equality* (GATE) que la revendication de la dépsychiatisation est mondiale et concerne avant tout une réforme de la prise en charge. Comment dépsychiatriser sans démedicaliser ni dérembourser?

De nombreux repères historiques (institution des protocoles dans les divers pays du monde; entrée du transsexualisme dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en 1980; politisation des associations trans et internationalisation des revendications, etc.) montrent que, pour comprendre l'émergence du *fait trans*, l'analyse critique doit aussi se concentrer sur l'étude des conditions de la prise en charge dans le cadre d'une psychiatisation croissante de l'identité trans en « transsexualisme ». Celle-ci s'est construite sur l'exclusion des représentations trans. Dans un second temps, il faut considérer les discours sur la « maladie » et la « pathologie » (Bachand, 2012) justifiant l'interventionnisme de la psychiatrie en tant que réponse sociale alors qu'elle semble dans le même temps réifier la barrière discursive sain/pathologie malgré les analyses de Georges Canguilhem (2005). Il s'ensuit une forte tension que l'on observe depuis 30 ans. Qu'opère-t-on : un sexe, un genre? Qui décide et selon quels critères? Dans ce contexte, l'éthique médicale des médecins s'effectue « à partir des catégories de l'analyse économique qui conçoivent cette éthique comme un "capital social" » (Batifoulier, 2004, p. 163). En réaction, l'action associative s'est politisée face à des pratiques de pouvoir se justifiant par une forte théorisation et un chantage à l'économique, tissant un maillage fort entre prise en charge économique et médicale et imposant une police des genres. Face à ces pratiques du pouvoir, la réflexion politique s'est orientée sur le contexte d'une démocratie mise à mal et renouvelant une réflexion théorique par le concept d'identité de genre. Ce double travail ne s'est pas fait sans mal comme l'indique l'inclusion du T (de trans) dans les études de genre sans pour autant que les études trans françaises prennent un réel essor.

CENTRALISME INSTITUTIONNEL DU CHAMP MÉDICOLÉGAL

L'analyse critique sur le déploiement actuel du fait trans tend à se concentrer sur les conditions de la prise en charge détenue par une « vision psychiatrique du transsexualisme » (Reucher, 2005), sujet-objet médicolégal issue du naturalisme occidental. Les analyses trans et intersexe font surgir l'indisponibilité de l'état de la personne (article 57 al. 1er du Code civil français) et ses conséquences directes : l'intangibilité de l'état civil, l'irréversibilité du « scalpel médicolégal » et la stérilisation imposée, dénoncée par de nombreux groupes trans à travers le monde. Le rôle de l'assignation sociojuridique longtemps passé inaperçu, en sus du facteur économique triant les pauvres des riches, est mis en avant par les acteurs associatifs car le rôle économique créé un rapport de dépendance fort : les pauvres sont soumis au protocole tandis que les riches se libèrent de la contrainte du protocole psychiatrique, comme le montrent de nombreux travaux issus des *Transgender studies* anglo-saxonnes depuis Sandy Stone (1991).

La conception naturaliste des « identités » concourt aussi au maintien d'un centralisme typique par le faible nombre de personnes trans correspondant strictement au protocole du « transsexualisme primaire » (invariabilité depuis l'enfance) et une très forte théorisation modélisatrice reconduisant la frontière sain/pathologie en matière de santé mentale. Cette lecture étayée sur un déni des discriminations et de démocratie (non-choix du médecin et réponse unique) est au cœur de la prise en charge laissée dans les mains de médecins pour une biopolitique parfois digne d'un Tardieu¹ au XIXe siècle.

La technologie médiconormative, initiée par le centralisme politique et médical, est imbibée de l'idée d'une mission salvatrice par des « guérisons » que ce champ a lui-même créée et définit. L'idée de troubles spécifiques se marie parfaitement avec « l'idée de la nature » (Guillaumin, 1992). À cet égard, effacé par l'invention de l'homosexualité au XIXe et sa qualification en trouble médicolégal, le sujet du transsexualisme reçoit sa qualification avec la montée en puissance de la réponse médicochirurgicale avec Harry Benjamin aux États-Unis (1966). La prise en charge médicale (1979 en France) s'effectue par un arraisonnement de la psychiatrie qui consistera à inclure le transsexualisme sous divers noms et titres : de la psychose au trouble iatrogène, narcissique ou médiagène,

1. Auguste Ambroise Tardieu (1818-1879), médecin, est l'instigateur principal en France de la naissance du champ médicolégal sur des sujets allant de la maltraitance sur les enfants, l'avortement ou le tatouage. Il est surtout connu pour son ouvrage « Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs » (1857) introduisant une homophobie médicale au cœur de l'éthique.

oscillant entre une position forte (la psychose) et faible (la dysphorie de genre). Il serait par ailleurs spécifique aux pays occidentaux défait par les mouvements militants et les savoirs et théories situées : les LGBT avec les mouvements d'égalité des droits (depuis les années 1960), les féminismes depuis le XIXe, les *women, feminist, gender, cultural, queer, subaltern* ou encore *postcolonial studies*. À l'effacement de l'autoperception de genre (Schneider, 2014) au cours de l'enfance se rajoute un effacement historique : le « transsexualisme » serait occidental, iatrogène (entièrement dû à la modernité technique) et médiagène. Cet effacement global a conduit à réécrire des récits particularisés par des conduites et comportements « à risque » confortant une double subdivision, politicosexuelle et socioéconomique, en sus d'une différence naturelle des sexes effaçant les assignations. Cette conception s'est aussi répandue dans les sociétés colonisées (les « rae-rae » de Tahiti, les « berdaches » amérindiens, les « esquimaux » du Nunavut). L'idée d'un « transsexualisme », ce passage impossible mais techniquement faisable d'un « sexe à l'autre » au XXe est devenu indissociable du fait médicotechnique et d'une psychopathologisation universelle dont le corps mutilé le rapprocherait de la « dysmorphophobie » (Bourgeois, 2011). Ce « bruit de fond » des *théories psy* s'accompagne du volet juridique et économique toujours placés en arrière-plan de la littérature sur ce sujet. Or ceux-ci déterminent le cadre médical et une éthique aux contours nationalistes.

La théorisation naturaliste constitue le premier et sans doute dernier rempart d'un principe essentialiste d'indisponibilité, renvoyant le franchissement de genre social stable à l'injonction médicale des cliniques intersexe et transsexe en les dissociant. Le champ médicolégal participe d'un principe par exclusion d'un tiers surnuméraire dont les suffixes *trans* et *inter* gardent toutes les traces. Plus récemment lors de l'écriture du DSM-5, on a vu apparaître cette différence sous les termes de genre conforme et non-conforme (« l'incongruence »).

Or les franchissements de genre social, pourtant décrits et analysés par l'anthropologie depuis la fin du XIXe, permettent de respecter le principe éthique de démocratie et de pluralité identitaire. Autonomisé, le principe d'injonction médicale est devenu un pouvoir gestionnaire de vies et corps différents, commués en pathologie. Aussi, les inégalités sociales sont aussi des inégalités devant la santé contrairement aux « catégories sociales les mieux armées financièrement et culturellement pour transformer certaines conduites à risques et obtenir une plus grande efficacité des thérapeutiques reçues » (Aïach, 2010).

Pourquoi une réforme de fond n'a pas été engagée à la suite de l'annonce de Roselyne Bachelot (ministre de la santé du gouvernement en 2009) présentée à tort comme la « première dépsychiatriation du transsexualisme dans le monde »? Indiquons le rôle des théories psychopathologistes, l'usage des conflits politiques *majorité vs minorités* (sexuelles et de genre) qui sous-tendent une pyramide hiérarchique inégalitaire entre des *vies vivables* et *non vivables* se recoupant avec les niveaux socioéconomiques. L'effacement de la personne et des contraintes socioéconomiques ont contribué à la réponse médicale dont le premier acte est de contrôler les passages d'un « sexe-genre social à l'autre ». Elle a largement sollicité l'indisponibilité sociojuridique rendant indiscutable les interventions sur les corps trans et intersexe et faire ce que l'éthique médicale prétendait refuser, à savoir intervenir sur un organe sain dans une vision intriquant le psychique au biologique. Il s'ensuit le choix biopolitique d'interventions sur quelques corps d'*anormaux* (au sens de Foucault, 1999) plutôt que de réformer l'alliance moderne des normes de genre et normes de santé sous dépendance des contraintes économiques.

Nous attarder sur le cas français et son centralisme, c'est peut-être prendre le temps d'étudier ce qui pourrait bien être un cas d'école. En 1992, en retrait jusqu'alors, exerçant une fonction d'arbitre invisible, le champ juridique est mandé à son tour de répondre à la situation des personnes trans opérées et sans papiers, suite à la condamnation de la France par le Conseil de l'Europe. L'effet est double, puisqu'on note alors un renforcement des transitions médicales balisées au détriment de la population transidentitaire. Le reste de l'Europe prend note et légifère depuis.

En 2012, le candidat Hollande s'engage à son tour dans ses promesses de campagne, assurant le respect de l'identité de genre en droit. L'une des implications possibles est le dessaisissement du monopole psychiatrique dans une refonte du système et une nouvelle régulation éthique. De nouveaux acteurs réflexifs sont mandés pour une expertise durant les consultations de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)² et comme en témoigne la table ronde de l'Inter-LGBT³. Dans le même temps, la Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme

2. « Avis sur la lutte contre les violences et discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, » *Commission nationale consultative des droits de l'homme*, 2014, <http://www.cncdh.fr/fr/actualite/avis-sur-la-lutte-contre-les-violences-et-discriminations-commises-raison-de-lorientation>.

3. Une structure inter-associative. Les actes sont consultables en ligne, http://www.inter-lgbt.org/IMG/pdf_Actes_droits_des_trans_7_Juin_2013_vfinal.pdf.

(Sofect⁴) élabore un Diplôme Interuniversitaire⁵ et invite toutes les disciplines des Sciences humaines et sociales comme pour démentir l'hégémonie d'une ligne unique. La plupart des universitaires invités déclineront. Cependant, la création de la Sofect par des acteurs historiques de la prise en charge, comme des acteurs récents des équipes hospitalières du protocole, « répond très exactement aux propositions du rapport de la Haute Autorité de Santé »⁶. La référence constante de Mireille Bonierbale, fondatrice de la Sofect, à Tony Anatrella, (psychanalyste et prêtre au diocèse de Paris dont les positions sur l'homosexualité ou l'avortement sont sans ambiguïté) indique un ancrage théologique et moral, souligne un *retour du religieux* subordonnant la réflexion éthique. L'appel à un véritable accompagnement social et un programme de consultation des associations, notamment en direction de l'Organisation mondiale de la santé pour une refonte de la classification des transidentités en pathologie, ont tourné court. De son côté, le tissu associatif est divisé devant les propositions de loi concernant les modalités et conditions de changements d'état civil par l'écologiste Esther Benbassa en 2014⁷, après celle de la socialiste Michèle Delaunay en 2011⁸, en réalisant que l'acteur principal de leurs difficultés est l'État lui-même. La loi de l'identité de genre en Argentine (2011) agissant en amont du champ médical a relancé un processus de discussion entre l'État et l'associatif. D'autres pays ont suivi cette voie : Colombie, Danemark, Irlande, Malte, Québec. L'exemple de l'Argentine a suscité un espoir légitime, l'attente n'en est que plus prononcée.

L'ÉPREUVE DÉMOCRATIQUE DU FAIT TRANS PAR LE CONCEPT D'IDENTITÉ DE GENRE

Le cas français offre de nombreux exemples de conservatismes dans le champ médical *a priori* régi par le principe de bienveillance et d'équité. Reprenant le rapport de la Haute

4. La Sofect est une association regroupant « les professionnels de la prise en charge » du transsexualisme. Elle regroupe tous les acteurs des équipes hospitalières en France. Son monopole est dénoncé par la majorité des associations trans.

5. Le site de la Sofect : <http://www.diutrans.info>, (consulté le 15.09.2014).

6. Récupéré le 15 septembre 2014 de : <http://www.transsexualisme.info/v2>.

7. Esther Benbassa est Sénatrice depuis octobre 2011 et vice-présidente de la commission des lois au Sénat.

8. Michèle Delaunay était ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie dans le gouvernement Ayrault (2012-2014).

Autorité de Santé, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS⁹, 2011), évalue la pertinence et des « Centres de référence » en vue « d'une amélioration de la prise en charge du transsexualisme » et de « mesurer l'ampleur des malentendus, ou des désaccords plus profonds », qualifiant la situation de « champs de mines ». Le rapport insiste sur des « modalités actuelles ne permettent pas de garantir le respect des droits de la personne » (Zeggard et Dahan, 2011, p. 3-4). Il indique un recul difficile « faute d'études approfondies » que la Sofect veut mettre en place, devenant ainsi le seul acteur institutionnel et générant des études¹⁰ dont sont exclues les associations trans que la psychiatre-psychanalyste Colette Chiland qualifie de « militants en colère » faisant une analogie avec la « propagande nazie » (Chiland, 2011, p. 265). À l'instar des frondes contre la « théorie du genre », la Sofect, en acteur libéral et politique, mène des campagnes de lobbying; notons celle de la commission générale de terminologie et de néologie contre le terme « genre » (Cordier, 2013, p. 6) alors même que ce terme est amplement utilisé : trouble de l'identité de genre, trouble de genre, dysphorie de genre, genre opposé au sexe, rupture sexe-genre.

Les avis de la CNCDH pointent les facteurs aggravants et notamment la « montée de l'intolérance »¹¹ dans un rapport de 2013¹². Ils recommandent de pérenniser des enquêtes de victimisation tout en soulignant la confusion entre les notions d'identité de genre et d'orientation sexuelle qui compose toujours le soubassement des théories sur le « transsexualisme » (Hérault, 2010). Les avis mentionnent le concept « d'identité de genre », parlent de « transidentité » et de « personnes transidentitaires » dans ses avis et communiqués de presse. De son côté, l'usage du terme « transsexualisme » se réfère à la théorie de « l'identité sexuelle » dans les textes de la Sofect et des tenants de la psychanalyse lacanienne. La violence dénoncée par la CNCDH a affecté les travaux en

9. « Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme, » *Inspection générale des affaires sociales*, 2011, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000209/0000.pdf>.

10. « Être soi-même dans son sexe ou dans l'autre : étude en IRMf de la mémoire autobiographique chez des sujets présentant ou non une dysphorie de genre, » *Sofect*, 2014, <http://www.transsexualisme.info/v2/>.

11. « Homophobie : l'action publique ne prend pas la mesure de la montée de l'intolérance, » *Commission nationale consultative des droits de l'homme*, 2014, <http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-la-lutte-contre-les-violences-et-discriminations-commises-raison-de>.

12. « Rapport racisme, antisémitisme et xénophobie 2013 : banalisation de la parole raciste et poursuite de la montée de l'intolérance, » *Commission nationale consultative des droits de l'homme*, 2014, <http://www.cncdh.fr/fr/publications/rapport-racisme-antisemitisme-et-xenophobie-2013-banalisation-de-la-parole-raciste-et>.

cours sur l'identité de genre puisque celle-ci a disparu au point d'effacer la question trans (Thomas et Espineira, 2014). L'analyse du contenu des manuels scolaires *Sciences et Vie de la Terre*, superposant orientation sexuelle et identité de genre ne permet pas de clarifier la situation mais à l'inverse, suscite des peurs et mobilise des conservatismes.

Ce climat général profite à la reconduction de la classification en psychiatrie dans le DSM-5 et des protocoles réclamés par les Tribunaux de grande instance (TGI). Le marché des soins, gestes chirurgicaux et thérapies pour la population des minorités (sexuelles et de genre), très convoité, est à prendre tant du point de vue économique et symbolique que politique et conceptuel. Le « marché des conseils » constitue un poids considérable dans la société d'expertise, confortant l'emprise morale et l'accès aux emplois profitant aux identités de genre conformes (Drucker, 2014). Ce marché global, soudant normes de santé aux normes sexe-genre, apporte des réponses clés en mains en imposant sa vision sur les « vies *queers* » (Preciado, 2013). Le sujet suscite une surabondance d'écrits indiquant un effort de repenser le monde à partir d'un index sur le « genre » s'étoffant mais ne permettant pas une refonte totale du biopouvoir sur les vies médicalisées, conséquence de la minoration, pauvreté et pathologisation. Ainsi, comment imaginer un support professionnel *par des trans pour les trans* respectant leurs vies et conceptions et tenant compte des différentes situations économiques? L'identité de genre, longtemps associée au nom de Robert Stoller et sur la seule notion de transsexualisme, tend à prendre des sens divers mais maintient le *process* du « transsexualisme médicolégal », fruit logique mais inintelligible (Castel, 2003), pris dans une contradiction biopolitique. Au total, la controverse des *antigenders*, fronts antiféministes et LGBTIphobes, se doublent d'une controverse des corps, *bis repetita* de la controverse de Vallodolid (1550-1551) et socle naturaliste de la société occidentale.

L'INCLUSION DU T DANS LES SAVOIRS : EFFETS SUR LES DÉBATS ET ÉTUDES DE GENRE

L'assignation sociojuridique nous désignant *filles* ou *garçons*, fruit bioessentialiste, se voit bousculée par l'entrée de « l'identité de genre ». La transformation du site de la sexualité comme modalité de désignation et de discrimination entre individus et groupes depuis le XIXe siècle, génère un flux continu de savoirs accompagnant la transformation de la société en général, les comportements sexuels et la filiation impliquant un rapport à la loi (juridique et symbolique). Toutefois, cette transformation ne semblait pas avoir atteint la relation traditionnelle entre l'assignation et l'identité en devenir. Le sujet reste prisonnier

du passif psychiatrique conforté par une régulation étatique forte entretenant des exceptions nationalistes, notamment dans le domaine de la loi et la recherche (Varikas, 2006). Le « genre » viendrait effacer les dimensions liées au « sexe » en généralisant l'expression d'identité de genre au moins dans les textes mais non dans l'imaginaire social et encore moins dans les textes de loi malgré les principes de Jogjakarta.

De son côté, l'anthropologie observe, analyse et tente de répondre à l'inconnue du « troisième sexe » dans d'autres sociétés (Mead, 1925; Désy, 1978; Saladin d'Anglure, 2008, 2012; Mathieu, 1991; Hérault, 2010; Leacock, 2014). Les *trans studies* y ajoutent le clivage trans/cisgenres (Serano, 2007), pointent la socialité pyramidale d'une masculinité hégémonique (Connell, 2000) conditionnant le rapport au genre, et interrogent la présence rendue instable des tiers exclus, ces *and the Rest of Us* (Bornstein, 1994). Fort est de constater que le fait existe dans toutes les sociétés et reçoit des réponses différentes d'une société à une autre. Même érigé en exception dans certaines sociétés – aire d'Inde du Sud avec les Hijras par exemple – le fait trans est un fait culturel construit; minoritaire et longtemps invisible, il est fortement dépendant des régulations institutionnelles. Mais la réponse technique de l'aire occidentale tend à se substituer aux réponses locales en « biobinarisant » les traditions : Khusras du Pakistan, Kathoey de Thaïlande, Calabai et Calalai d'Indonésie, Hijras d'Inde du Sud, Sipiniit du Nunavut, « berdache » amérindien. Ici, la perspective anthropologique pouvait répondre et analyser la binarité biopolitique sur le fond. Il lui sera répondu « idéologie » comme aux études de genre. Si l'idée d'une mutilation du fait des discours psychopathologies s'éloigne avec les approches sociales, la notion d'identité de genre faisant office d'explication laisse un vide conceptuel précisément rempli par la réponse médocochirurgicale sous condition de psychiatrisation et par l'exception jurisprudentielle.

Le point majeur réside selon nous au fait que ce travail de reconceptualisation ne permet pas de susciter un effort pratique sur le terrain et une action en direction des institutions. Vide conceptuel, effacements des discriminations, faiblesse structurelle du *care* liée à la dépendance à l'économie et au marché du travail, mécanismes institutionnels excluants et pratiques hégémoniques s'additionnent pour se concentrer sur la réponse actuelle, laissant de côté les variations transidentitaires, et en particulier la question trans à l'âge d'enfant. Une question traitée par Tom Reucher (2011) et le rapport d'Erik Schneider (2014). En France, quelques initiatives isolées suscitent un réel effort de penser l'adéquation du fait trans au social dans son ensemble. Ce modèle préfigure une médecine sociale incluant dynamiquement la personne, son contexte de (dé)socialisation

et ses besoins spécifiques, rejoignant la condition des *Disability studies* et des analyses sociopolitiques et économiques *queers*. Or, c'est là pour nous le point aveugle de tous les dispositifs. La vie trans reste une vie invisible et isolée dans une logique rationalisée du tout-ou-rien kafkaïen, prenant en charge quelques demandes de changement de sexe en proie aux arbitraires et laissant la vie mentale et sociale en friche.

LE « CARE » AU DÉFI DES DISCRIMINATIONS D'ENSEMBLE

Quelle serait une pratique d'ensemble bienveillante et équitable? Une analyse socioéconomique est utile pour comprendre pourquoi le *care* ne parvient pas à s'imposer. Nous décrivons l'exposition médiatique des personnes trans prostituées dans quasiment tous les documentaires français, et en particulier celle du bois de Boulogne, à l'échelle internationale (Espineira, 2014), forme ultime d'une déterritorialisation par la pauvreté dans leur pays d'origine mais aussi dans les pays d'arrivée. Le rapport de Zeggard et Dahan pointait ainsi les « situations extrêmes » (prostitution, détention), où « leur transidentité aggrave leur marginalisation et fragilité » dans un cadre d'une population trans très diverse « mais confrontée à un certain nombre de difficultés sociales et juridiques spécifiques » dont « des risques de ruptures familiales et sociales renforcées par des phénomènes de rejet et de discriminations plus vastes » (Zeggard et Dahan, 2011, p. 6). Parmi celles-ci, les impératifs juridique et psychiatrique, impossibles à contourner, obligeant aux opérations de stérilisation et à un divorce en cas de mariage prétransition pour obtenir ses papiers d'identité, ce sésame de toutes les portes quotidiennes.

Cette technologie de contrôle d'ensemble des vies par les discriminations et la modélisation psychiatrique permet le contrôle des mouvements de migration où le champ médicolégal colonise tout l'espace de la carte et du territoire, faisant du « Bois », une sorte d'îlot-monde du « chaudron à sida »¹³ dans les discours médiatiques et politiques. Cette focale descriptive encourage une ère sécuritaire envers la société-monde pauvre, migrante et sans papiers. Ces personnes viennent du monde entier. Leur migration n'a pas été décrite car elles forment une masse indistincte à partir du double contexte de discriminations dans leur pays et dans les pays du nord (Thomas et Espineira, 2014). La population trans prostituée a été décrite depuis une dizaine d'années, par Viviane Namaste pour qui « l'invisible est spectaculaire ». S'appuyant sur la stratification géosociohistorique, elle écrit « Mieux encore : l'énonciation du site se fonde sur le

13. Karine Espineira, *op. cit.*

refoulement de certaines histoires et de certains énoncés. » (2014). L'effacement géopolitique de minorités insolubles renforce une stigmatisation d'ensemble, isolant les rares initiatives à un contexte associatif, bienveillant et précaire, constituant l'essentiel du *care*. Notons que c'est l'entrée « Sida » qui permet le financement des études projetant sa courbe sur la population trans intégrée mais invisible. Le renouvellement des études par les Sciences humaines et sociales tend à élargir ce processus. Le récent colloque intitulé « Cancer et transidentité »¹⁴ en est un exemple. Mais cela ne constitue pas une refonte majeure, laissée à l'appréciation des praticiens en poste. En sus d'une parole déformée et réécrite, le risque est grand de poursuivre une politique d'aide par la reconduction de faux déterminismes, telle la dissociation sexe-genre et plus largement de parler de « minorités de genre » (Butler, 2004) comme l'on parle de « minorités religieuses » depuis le Moyen Âge (Tolan, 2010).

L'énoncé de « pratiques à risque » et de pathologies tend, nous semble-t-il, à maintenir le contexte d'une norme de santé expurgée des singularités minoritaires et des discriminations, générant des politiques ciblées mais conditionnelles, délivrées à partir d'expertises. Leur justification économique permet de dissimuler la violence des dimensions idéologiques qui s'affrontent. D'un côté une vision tolérante (luttés contre les discriminations, égalité des droits) de l'autre une vision pathologisante conditionnant le cadre de la prise en charge. Les trans sont au centre de ces deux conceptions et semblent en payer le prix. Le constat de leur situation est éloquent : déscolarisation, violences familiales, psychiatrisation, sida, solitude sociale, imposition d'une stérilisation pour obtenir des papiers d'identité, divorce obligatoire en cas de mariage prétransition, etc. Face à cette situation, la réponse politique semble insuffisante. Ainsi, la totalité des pays occidentaux ont adopté le principe d'une réponse médicolégal en contournant ou niant la lutte contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre à l'échelle européenne¹⁵ et en maintenant le transsexualisme dans la « dysphorie de genre » (DSM-5, 2013).

La réponse médicolégal occidentale masque ainsi les régulations sociales dans les sociétés non-occidentales (les sociétés chamaniques notamment, Leacock, 2014) et les variations non cisgenres (non congruentes) dans l'aire occidentale, au sens d'aires et

14. « Cancer et transidentité, une nouvelle population à risque? », (Colloque, Cancéropôle Grand Sud-Ouest, Association Aresip, Toulouse, 25 octobre 2014).

15. « Lutter contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre », 2010, http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Documents/Introduction%20text_FR.asp.

d'espaces culturels. Si la « pathologie trans » naît de son exclusion du lien social, il faut alors opérer celui-ci ou considérer les transidentités dans le cadre des droits de l'homme comme le propose le Conseil de l'Europe. Soit en réformant les procédures d'état civil en amont comme en Argentine et supprimant les conditions d'une psychiatisation, bras médical de l'immutabilité et indisponibilité juridiques.

BIBLIOGRAPHIE

- AÏACH, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Economica.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*. Paris : Elsevier Masson.
- ANATRELLA, T. (2011). *Gender, la controverse*. Paris : Pierre Tequi - Éditeur Religieux.
- BACHAND, A. (2012). *L'imposture de la maladie mentale. Critique du discours psychiatrique*. Paris : Éditions Liber.
- BATIFOULIER, P. (2004). L'économie contre l'éthique? Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale. *Journal d'économie médicale*, 22(4), 163-176.
- BENJAMIN, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York, Julian.
- BONIERBALE, M. (1998). *Questions face au transsexualisme*. A.I.H.U.S Publications. Récupéré de <http://trans.info.free.fr/sm%20bonierbale.pdf>.
- BORNSTEIN, K. (1994). *Gender Outlaw: On Men, Women, and the Rest of Us*. New York : Routledge.
- BOURGEOIS, M.-L. (2011). Le spectre des dysphories de genre, transsexualisme. Dans A. Alessandrin (dir.), *La Transidentité, des changements individuels au débat de société* (p. 25-37). Paris : L'Harmattan.
- BUTLER, J. (2006). *Défaire le genre*. Paris : éditions Amsterdam.
- CASTEL P.-H. (2003). *La métamorphose impensable : essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*. Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en ©1943).
- CANGUILHEM, G. (2005). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF/Quadrige. (Œuvre originale publiée en ©2004).
- CHILAND, C. (2011). Les mots et les réalités. *L'Information psychiatrique*, 87(4), 261-267.
- CONNELL, R. W. (2000). *The men and the boys*. Cambridge : Polity Press.

- CORDIER, B. (2013). *Procès-verbal du Conseil d'orientation du 19 septembre 2013*. Agence de la biomédecine, Conseil d'orientation sous la présidence de M. le Professeur Patrick Niaudet. Récupéré de http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/pv_co_19092013_dv.pdf.
- DÉSY, P.P. (1978). L'homme-femme. (Les berdaches en Amérique du Nord). *Revue Libre — politique, anthropologie, philosophie*, 3(78), 57-102.
- DRUCKER, P. (2014). La fragmentation des identités LGBT à l'ère du néolibéralisme. *Revue Période*. Récupéré de <http://revueperiode.net/la-fragmentation-des-identites-lgbt-a-lere-du-neoliberalisme>.
- ESPINEIRA, K. (2015). *Transidentité : ordre et panique de Genre*. Paris : L'Harmattan.
- ESPINEIRA, K. (2014). La médiatisation des politiques transgenres : du statut de contre-public à l'inégalité de la représentation. *Revue française des Sciences de l'information et de la communication*. (4). Récupéré de <http://dx.doi.org/10.4000/rfsic.695>.
- ESPINEIRA, K. (2011). Le bouclier thérapeutique, discours et limites d'un appareil de légitimation. *Le sujet dans la Cité*, (2), 189-201.
- GUILLAUMIN, C. (1992). *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature*. Paris : Côté-femmes.
- HÉRAULT, L. (2010). L'usage de la sexualité dans la clinique du transsexualisme. *Revue L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 11(3), 278-291.
- LEACOCK, E. B. (2014). Le genre dans les sociétés égalitaires. *Revue Période*, Récupéré de <http://revueperiode.net/le-genre-dans-les-societes-egalitaires>.
- MATHIEU, N.-C. (1991). *L'Anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris, Côté-femmes.
- MEAD, M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie*. Paris : Terre humaine Poche. (Œuvre originale publiée en © 1928 et 1935).
- NAMASTE, V. (2014). Quartier des spectacles : l'invisible est spectaculaire. *Dare-dare*. Récupéré de <http://dare-dare.org/fr/evenements/viviane-namaste>.
- NIAUDET, P. (Pdt) (2013). Procès-verbal du conseil d'orientation du 19 septembre 2013. Agence de la biomédecine. Récupéré de http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/pv_co_19092013_dv.pdf.
- PRECIADO, P.B. (2013). Qui défend l'enfant queer?. Récupéré le 16 janvier 2014 de http://www.liberation.fr/societe/2013/01/14/qui-defend-l-enfant-queer_873947.

- REUCHER, T. (2005). « Quand les trans deviennent experts. Le devenir trans de l'expertise », *Multitudes*, (20), 159-164.
- REUCHER, T. (2011). « La transidentité entre 10 et 20 ans ». La transidentité : des changements individuels au débat de société, L'Harmattan, 51-59.
- SCHNEIDER, E. (2014). « Vu du Luxembourg ». Tableau noir : l'école et les transidentités, Thomas, M.-Y., Espineira, K., Alessandrin, A. (dir.), *Cahiers des transidentités*, 4, 71-76.
- SERANO, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley : Seal Press.
- THOMAS, M.-Y., ESPINEIRA K. (2014). Les trans comme parias. Le traitement médiatique de la sexualité des personnes trans en France. *Genre, Sexualité & Société*, (11). Récupéré de <http://dx.doi.org/10.4000/gss.3126>
- STONE, S. (1991). The "empire" strikes back : a posttranssexual manifesto. Dans J. Epstein et K. Straub, (dir.), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity* (p. 280-304). New York : Routledge.
- TOLAN, J. (2010). Que nous apprend l'histoire des minorités religieuses en Europe?. *Place publique*, (23), 127-131.
- VARIKAS, E. (2006). *Penser le sexe et le genre*. Paris : PUF.
- ZEGGARD H., DAHAN, M. (2011). Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme. *IGAS*. Récupéré de <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000209/0000.pdf>.