Quelle forme d'autonomie pour les personnes trans [1] ?

Jean Bienaime

Introduction

Depuis la création de l'association d'aide aux malades hormonaux en 1965 jusqu'à celle de la Fédération trans et intersexe en mars 2017, le mouvement trans a connu, en France, de profondes évolutions. Bien que les premiers temps de la mobilisation se focalisaient sur l'entraide (Foerster, 2012) et remettaient peu en cause les procédures hospitalières, la fin des années 1990 marque un tournant. Dénonçant publiquement les injustices dont ils sont victimes, des militants vont opposer aux catégories psychiatriques leur propre vision de la transidentité (Bujon et Dourlens, 2012) et plaider pour la libre disposition de leurs corps au nom du « pluralisme des genres » (Dubois, 2013). Cette résistance trouve sa plus forte expression dans les revendications de dépsychiatrisation et de dépathologisation de la transidentité. Présentes dans le bulletin d'information de l'Association du syndrome de Benjamin dès février 1998 [2], elles témoignent du recadrage opéré par ces militants qui proposent d'appréhender la transidentité moins comme un problème médical que comme un problème social et politique.

Si certains travaux ont décrit l'évolution du mouvement trans français (Alessandrin, 2012 ; Espineira 2015), peu ont étudié les « logiques de concurrences » (Mathieu, 2012) qui le composent au-delà des enjeux relatifs à la définition des identités collectives et du rapport à entretenir à la binarité des genres et des sexes (Sengenès, 2004 ; Espineira, 2014) . Parmi les interrogations majeures auxquelles sont confrontés les militants dans leur travail de problématisation, celle de la distribution des pouvoirs entre professionnels de soin et personnes trans est l'une des plus clivantes tant elle renvoie à celle du « degré d'autonomie » (Jacqueline, 2006) allouable à ces dernières

1. Les recherches menant aux présents résultats ont bénéficié du soutien financier de la Région Île-de-France dans le cadre des programmes de financements des « Domaines d'intérêts majeurs ».

2. *L'Identitaire,* numéro 8, février 1998 à la rubrique « Société », intitulée « Psychiatrisation et médicalisation ».

durant leur parcours de transition. En effet, il ressort de l'enquête [3] que les militants, au cours de leurs opérations critiques, attribuent aux « patients » et aux praticiens des rôles et des compétences de natures diverses – laissant ainsi s'exprimer différentes conceptions de l'autonomie pouvant être source de conflits, du moins de divergences internes. L'article entend ainsi être attentif à la diversité des *formes d'autonomie* qui se déploie au sujet de la gestion médicale de la transidentité en partant du « travail normatif » (Dodier et Barbot, 2016) – c'est-à-dire des évaluations positives ou négatives – que les acteurs associatifs portent sur le dispositif hospitalier de changement de sexe et de genre [4]. Cette démarche, invite alors à voir l'autonomie comme un « opérateur politique » (Dodier et Barbot, 2008) : un point de tension autour duquel émergent des lignes de partage relativement stabilisées. Deux postures seront présentées ici : l'une qui conditionne l'accès à l'autonomie à des expertises médicales, l'autre qui considère les personnes trans comme étant de fait autonomes.

1 La figure éprouvée de l'autonomie

Les acteurs associatifs qui s'engagent dans cette forme d'autonomie adoptent vis-à-vis du protocole une attitude réformiste. Les professionnels de soin y jouissent d'une certaine grandeur et il n'est pas question de lutter contre le dispositif mais plutôt d'en limiter les dysfonctionnements. Le registre critique proposé s'inscrit ainsi dans une « visée corrective » (Boltanski et Chiapello, 2011) : il s'agit de révéler les contradictions internes à l'offre de soin afin de l'améliorer. Parmi les outils que mobilisent les militants à cette fin, la « thèse des effets pervers » (Hirschman, 1991) s'avère particulièrement efficace tant elle permet de montrer que le protocole est source de conséquences imprévues allant à l'encontre des buts qu'il s'est pourtant donné.

Plusieurs épreuves sont ainsi condamnées (comme le test en vie réelle ou la longueur des procédures) car elles présentent le risque de détériorer la santé psychique des usagers et de favoriser leur précarisation en occultant l'urgence dans laquelle ils sont placés. Par exemple, pour Charlotte, vice-présidente d'une association trans du quart-sud-est de la France :

> « On ne peut pas laisser des gens qui sont en détresse comme ça attendre deux ans et quand tu prends conscience que tu es trans, il y a une urgence dans ta tête parce que ça devient encore plus une souffrance de vivre dans le genre de naissance [...] après faut pas s'étonner que les gens qui ont les moyens où se les donnent, parce que la prostitution aussi est un recours pour les personnes qui veulent se financer elles-mêmes, bah passent à l'étranger. »

3. Ce texte s'inscrit dans une recherche doctorale en cours portant sur les controverses autour de la prise en charge médicale des transidentités en France. Ce travail, essentiellement qualitatif, s'appuie sur un corpus d'entretiens réalisés avec des militants trans et des professionnels de soin ; d'observations en milieu hospitalier et associatif et lors de conférences ainsi que sur des archives (presses, articles spécialisés, productions associatives). Ici mon propos se base sur une quarantaine d'entretiens menés auprès d'acteurs associatifs (principalement les cadres du mouvement). Dans un souci d'anonymat, les prénoms ont été modifiés.

4. http ://www.sofect.fr.

Par ailleurs, le dispositif est accusé de reposer sur une définition limitée de la transidentité. Cette situation exclurait alors une partie de la population trans des services hospitaliers – notamment les personnes s'inscrivant dans des projets transitionnels non-binaires – et provoquerait une falsification de la relation thérapeutique en imposant aux usagers une présentation de soi basée sur un « programme transsexuel » (Alessandrin, 2012).

Sans épuiser l'ensemble des effets néfastes identifiés par ces militants, il reste que ceux-ci – qu'ils soient d'ordre sanitaire ou sociaux – ont pour cause commune l'incapacité du dispositif, *tel qu'il est pensé aujourd'hui*, à pouvoir pleinement garantir une gestion bienfaisante des transitions en raison, paradoxalement, d'une logique trop sécuritaire dont les conséquences – paternalisme médical et standardisation des parcours de soin – ont pour corollaire une augmentation des conduites à risques et des situations de détresse, de défection ou encore d'exclusion sociale.

Face à cela, les militants entendent repenser le dispositif en accordant davantage de marge de manœuvre aux usagers et en faisant reconnaître la variabilité des projets transitionnels. Comme le dit Louise, présidente d'une association du sud-ouest :

> « [les médecins] disent "nous on s'occupe des transsexuels". C'est à dire des personnes qui veulent changer de sexe. Ça veut dire qu'il faut prendre des hormones pendant tant de temps, des anti-testostérones pour les MtF puis après des oestrogènes, puis après la chirurgie de réassignation [...]. Mais nous on ne veut pas que les parcours soient identiques pour tout le monde parce que ce n'est pas forcé. Y'a des personnes trans qui veulent faire reconstruire leur sexe et d'autres non. Donc il faut laisser la liberté. »

Néanmoins, la liberté revendiquée ici est conditionnelle puisque ce n'est qu'après une période de mise en doute que les usagers peuvent pleinement prétendre au statut d'acteurs autonomes. En effet, en tant que réformateurs, ces militants évaluent positivement certains aspects du protocole hospitalier. Pour ces derniers, la demande des usagers ne peut se suffire à elle-même en raison de l'irréversibilité des actes prodigués. C'est par exemple ce qu'affirme Isabelle, présidente de l'association dont fait partie Charlotte :

> « On va subir des opérations qui sont irrémédiables, quand une jeune fille se fait enlever les seins pour devenir un garçon, c'est irrémédiable ! [...] Donc il faut vraiment êtes sûr de son coup et je trouve que passer par un psychiatre et un psychologue, je trouve cela très, très bien. S'[ils] ne partent pas du principe que j'ai en face de moi un malade que je vais essayer de soigner. Mais que ce soit un psychiatre qui soit là uniquement pour confirmer la pérennité du désir de changer de genre. »

Ici, l'évaluation psychiatrique des projets transitionnels constitue un élément nécessaire de la prise en charge car elle permettrait de déterminer le caractère cliniquement recevable des demandes et de vérifier la propension des personnes à surmonter les bouleversements induits par le changement de sexe. En outre, elle garantirait, la qualité de l'introspection réalisée par les usagers et la dimension véritablement éclairée de

leurs décisions. Enfin, les explorations diagnostiques et pronostiques préalables à l'administration d'un « traitement » hormonal et/ou chirurgical, se justifie d'autant plus, du point de vue de ces militants, que le dispositif est vu comme un système de garantie ayant pour finalité de protéger les personnes trans et les praticiens des risques d'erreurs ou de regrets.

Autrement dit, dans le cadre de cette conception, les demandes de changement de sexe, pour être rendues légitime, doivent passer par des « épreuves de réalité » (Boltanski, 2009) destinées à tester la prétention des bénéficiaires potentiels à pouvoir accéder aux technologies médicales. La nature sécuritaire du dispositif n'est pas en tant que telle remise en cause de même que la responsabilité médicale tant ces aspects satisfont une exigence de précaution dont sont tout de même porteurs ces militants. Cette posture témoigne ainsi d'une forte tension entre une *attente de sécurité médicale* qui, se donnant pour but une gestion optimale des risques médicaux, pousse à relativiser la capacité des usagers à décider par eux-mêmes et, une *attente d'autodétermination* qui, à l'inverse, tend à faire confiance à l'autodiagnostic des usagers et à leur conférer une liberté certaine d'action et de décision. Cette ambivalence est visible dans les propos que livre Charlotte au cour du même entretien :

> « Leur diagnostic pourrait simplement être "nous n'avons pas de pathologie" du style schizophrénie ou je ne sais pas trop quoi ou d'homosexualité refoulée. Voilà. Ça oui, ils pourraient poser ce genre de diagnostic. Par contre, le diagnostic de transidentité, de dysphorie de genre, je ne pense pas. Je ne vois pas comment ils peuvent certifier qu'on est... c'est impossible en fait. C'est des choses que nous ressentons, qu'ils ne peuvent pas valider. »

Aussi, même si les praticiens ne peuvent déterminer qui est trans et qui ne l'est pas, ils restent en capacité d'objectiver le « bon état de santé mentale » des requérants et la possibilité physique de la transition ; et ce n'est qu'une fois ces épreuves passées avec succès qu'il convient, pour ces militants, d'accepter la volonté identitaire des individus et de concourir à sa réalisation. L'enjeu pour ces réformistes est donc de contrôler le travail expertal réalisé par les professionnels de soin et de rééquilibrer les pouvoirs dans un format plus horizontal et démocratique. Il s'agit de trouver un compromis destiné à faire reconnaître la singularité des usagers et à les soutenir dans leur transition, *quelle qu'en soit la nature*, en autorisant l'accès, après un minimum de garanties, aux actes médicaux dont ils ont besoin.

2 La figure postulée de l'autonomie

Distinct de la posture réformiste, cet engagement se caractérise par sa dimension contestataire. Insistant sur l'autonomie inconditionnelle des personnes trans, ces militants se posent en *opposants* face à un dispositif hospitalier jugé opprimant et revendiquent sa suppression. Cette forme d'autonomie, en plus de la thèse des effets pervers, s'appuie sur un registre critique que l'on peut qualifier de radical puisqu'il n'a pas pour but de corriger le dispositif hospitalier, mais de le mettre en cause en s'attaquant aux principes qui en sont au fondement. Notamment, ces militants ac-

cusent les fonctions thérapeutiques et protectrices attachées au protocole de cacher, sous couvert de scientificité et de bienfaisance, la nature fondamentalement oppressive de l'activité médicale. « Il faut replacer la lutte contre la transphobie dans une critique plus large de l'hétéronormativité qui en est la cause. C'est-à-dire un système de norme de genre et de sexualité. Ce n'est pas simplement l'idée que l'hétérosexualité est la seule sexualité normale, non pathologique, mais c'est tout un système qui définit des normes corporelles, des façons de se son comporter, etc. L'urgence [...], c'est de penser les mécanismes de dominations qui sont à l'œuvre dans la transidentité tel que le système juridique, psychiatrique et médical participe à la fabriquer. C'est-à-dire fabriquer des personnes trans qui seraient des victimes en souffrance, aliénées, et refuser un langage qui n'est pas neutre en renversant le discours dominant [et] de lutter pour la libre détermination de nos identités et la libre disposition de nos corps ; contre le conditionnement médico-légal de nos parcours de vie », explique une militante de l'association OUTRANS lors d'un colloque organisé à Paris en mars 2014.

Politisant davantage la prise en charge médicale, ces militants mobilisent un « discours des forces sociales » (Dodier et Rabeharisoa, 2006) qui s'inspire – directement ou indirectement – des théories déconstructivistes issues des écrits queers et postféministes, grâce auxquels ils élaborent des contre-expertises visant à ébranler les conceptions essentialistes de l'identité de genre, ainsi que celles psychiatrisantes et pathologisantes de la transidentité. Trois idées centrales structurent ce registre critique : (1) les croyances et les pratiques médicales relatives à la transidentité sont arbitraires : elles sont socialement et historiquement construites et véhiculent une conception binaire de l'humanité ; (2) la transidentité est intrinsèquement révolutionnaire dans la mesure où, par leurs demandes, les personnes trans mettent en péril le présupposé anthropologique de la différence des sexes ; (3) le dispositif hospitalier est une entité politique, un « bouclier thérapeutique » (Espineira, 2011), dont la fonction est de rétablir l'ordre des sexes et de préserver l'hétéronormativité constitutive de nos sociétés occidentales en normalisant les identités de genre déviantes.

Ce « cadre diagnostic » (Snow et Benford, 1988) – relatif à l'identification et l'attribution des problèmes –, marque une rupture décisive avec la figure éprouvée de l'autonomie. D'une part, il transforme les visées du mouvement : il ne s'agit plus de corriger, de réguler le dispositif en alertant sur la présence de dangers ou de risques potentiels mais de dénoncer et de contester les rapports de dominations qui sont à l'œuvre. Ce faisant, la définition des objets de luttes s'articulent plus facilement autour d'entités supra-collectives telles que la binarité, le patriarcat, l'État voire, pour certains, le capitalisme, ce qui permet à ces militants de nouer des rapprochements avec d'autres types de mouvements sociaux. C'est par exemple le cas avec certains groupes féministes ou anarchistes [5]. D'autre part, il implique une redéfinition profonde des champs d'interventions et d'actions entre usagers et professionnels de soin. Alors que dans le cas précédent l'attente d'autodétermination est contrebalancée par une attente de sécurité médicale mettant en doute la possibilité des personnes trans à pouvoir réellement disposer d'elles-mêmes, cette attente est ici battue en brèche puisque toute ingérence médicale dans les projets transitionnels est perçue comme

5. À l'édition 2017 de l'Existrans était présent le collectif Féministes Révolutionnaires, le Wicth Bloc ou encore la Coordination des groupes anarchistes.

une forme de violence. Les médecins, dépossédés de leur pouvoir décisionnel, doivent alors se fier à la perception que les requérants ont d'eux-mêmes et ne peuvent mettre en doute le bien-fondé de cette parole ou les choix techniques opérés. Les personnes trans deviennent gestionnaires de leur transition et endossent seules la responsabilité de leurs actes. Ainsi, pour Clément, président d'une association parisienne :

> « On sait ce qu'on veut, on est libre de faire nos choix pour nous-même. [Il y a] tout un tas de personnes qui partent du principe "ah, mais si, il faut sécuriser la personne, le psychiatre est là pour sécuriser la personne, être sûr qu'elle ne fait pas de bêtise, etc.". Nous on est pas du tout d'accord avec ça, les personnes sont majeures, vaccinées, savent ce qu'elles font. Je pense que c'est clairement des éliminations de se dire "ah, mais si imagine après ils regrettent !" bah oui ça peut arriver et puis voilà ce n'est pas très grave, y'a pas mort d'homme *a priori*. »

Les revendications relatives à la gestion médicale des parcours de transition s'inscrivent ainsi dans une logique d'émancipation et de libéralisation des pratiques – en témoignent les revendications de « libre choix des parcours médicaux, dépsychiatrisés, dépathologisés sur la base du consentement éclairé » et de « démantèlement des équipes et protocoles hospitaliers » portées par la marche EXISTRANS en 2017 [6]. Et il n'est pas rare de voir ces opposants faire des analogies entre médecine transidentitaire et d'autres pratiques de modifications corporelles considérées comme cosmétiques ou esthétiques. Interrogeant Eva – cadre dans une autre association de la capitale – sur la pertinence de réaliser une évaluation psychiatrique avant de pouvoir bénéficier d'hormones masculinisantes ou féminisantes voici ce qu'elle me répond :

> « Toi, tu peux prendre des anabolisants, tout ce que tu veux et tu n'es pas trans, t'as pas de problèmes. Quel est le putain de problème pour nous ? ! Respectez-nous ! C'est notre choix ! Vous faites des choix pour votre corps, vous musclez votre corps, vous le modelez, vous mettez des prothèses, vous agrandissez votre verge, vous élargissez votre cul si vous voulez mais nous on n'a pas le droit ! »

Ces comparaisons marquent un travail de requalification des actes de transformations corporelles réalisées dans le cadre de la transidentité : ils ne relèvent plus d'une « médecine de réparation » (Herault, 2014) mais de la liberté individuelle. Le changement de sexe et de genre n'est plus tant une affaire de mal-être ou de souffrance psychique qu'un droit humain auquel l'État doit satisfaire et les technologies médicales ne sont plus des objets curatifs ou thérapeutiques, mais des outils d'exploration et d'affirmation du soi.

Conclusion

L'objectif était d'esquisser un modèle d'analyse capable de mieux comprendre certaines tensions qui structurent le militantisme trans. Il ressort de cette première étude

6. http ://existrans.org/ ?page_id=391.

que c'est en partie au carrefour d'une attente de sécurité médicale et d'une attente d'autodétermination qu'émergent deux formes d'autonomie – l'une éprouvée, l'autre postulée. À chacune d'elles correspond un registre critique spécifique – réformiste ou radical – et découle une lecture particulière de la notion de dépsychiatrisation : la première, partielle, implique le retrait des transidentités des nosographies psychiatriques sans pour autant délégitimer la figure du psychiatre dans les parcours de transition dans une logique de vérification ; la seconde, totale, dote les personnes trans d'une « responsabilité agentive » (Barthe, 2017) particulièrement forte.

L'une des interrogations que l'on peut se poser est dès lors de savoir comment les militants en viennent à mobiliser telle ou telle forme d'autonomie ? Pour y répondre, il semble pertinent de poursuivre la piste générationnelle ouverte par Alessandrin et Meidani (2017). Il s'agirait de faire une sociohistoire du mouvement trans en restant ouvert à l'hétérogénéité du travail normatif mobilisé par les militants et de prendre en compte les biographies qui sous-tendent chaque type d'engagement. Cette démarche permettrait d'identifier différentes générations de militants qui, n'ayant pas vécu les mêmes expériences marquantes et les mêmes socialisations politiques, coexisteraient actuellement au sein de cet espace militant tout en étant sensible aux circulations opérées entre ces deux pôles. En effet, il est possible de faire l'hypothèse que les acteurs – individuels ou collectifs –, au cours de leurs trajectoires et des épreuves qu'ils traversent, peuvent passer d'une forme d'autonomie à l'autre.

Bibliographie

Alessandrin Arnaud, Meidani Anatasia, « Cancers et transidentités : une nouvelle "population à risques" ? » *Sciences Sociales et Santé*, n° 35, p. 41-64, 2017.

Alessandrin Arnaud, *Du 'transsexualisme' aux devenirs Trans*, thèse de sociologie, Université Bordeaux Segalen, 2012.

Barthe Yannick, *Les retombées du passé : le paradoxe de la victime*, Paris, Edition du Seuil, 2017.

Boltanski Luc, Chiapello Eve, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Edition Gallimard, 2011.

Boltanski Luc, *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Edition Gallimard, 2009.

Bujon Thomas, Dourlens Chistine, « Entre médicalisation et pathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, p. 33-58, 2012.

Dodier Nicolas, Barbot Janine, « La force des dispositifs », *Annales. Histoire et sciences sociales*, n° 2, p. 421-450, 2016.

Dodier Nicolas, Barbot Janine, « Autonomy and objectivity as political operators in the medical world : twenty years of public controversy about AIDS treatments in France », *Science in Contex*, n° 21, p.1-32, 2008.

Dodier Nicolas, Rabeharisoa Vololona, « les tensions croisées du monde « psy » et du discours du social », *Politix*, n° 73, p. 9-22, 2006.

Dubois Dominic, « Le phénomène Trans : les mises en problème de l'identité », in : Orcelo Marcelo et Roy Shirley (dir), *qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui : repenser la non-conformité*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 125-149, 2013.

Espineira Karine, *Transidentité : ordre est panique dans le genre, le réel et ces interprétation*, Paris, L'Harmattan, 2015.

Espineira Karine, « 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*, p. En ligne. <hal-01059184>

Espineira Karine, « Le bouclier thérapeutique : discours et limite d'un appareil de légitimation », *Le sujet dans la cité*, n° 2, p. 189-201, 2011.

Foerster Maxime, *Elle ou lui ?,* Paris, La Musardine, 2012.

Hérault Laurence, « La chirurgie de transsexuation : une médecine entre réparation et amélioration. », in, Bujon Thomas, Dourlens Chistine, et Le Naour Gwenola (dir.), *Aux frontières de la médecine*, Paris, Édition des archives contemporaines, p. 209-220, 2014.

Hirschman Albert, *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Paris, Fayard, 1991.

Jacqueline Sandra, « Les politiques du patient en pratique : psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital » *Politix*, n° 73, p. 83-108, 2006.

Mathieu Lilian, *L'espace des mouvements sociaux*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2012.

Sengenès Sebastien, « D'un genre à l'autre. Identité refusée, identité abandonnée. », *Terrain*, n° 42, p. 81-94, 2004,

Snow David A., Bendford Robert D., « Ideology, Frame Resonance, and Participant Mobilization », *International social movement research*, n°1, p. 197-217, 1988.