

Pierre-Henri Castel

(<http://pierrehenri.castel.free.fr>)

Les problèmes du transsexualisme : un tour d'horizon

(Conférence donnée à l'Université du Luxembourg, le 1^{er} avril 2006, à l'invitation de la Société Psychanalytique du Luxembourg.)

Condition d'hommes comme de femmes sans anomalies biologiques constantes connues, qui ont le sentiment intense et pénible de ne pas être de leur sexe de naissance, mais d'appartenir au sexe opposé. Les transformations corporelles qu'ils demandent en conséquence aux chirurgiens plasticiens et aux endocrinologues portent sur les signes sexuels primaires et secondaires, et ont pour les transsexuels valeur de rectification. Aucun délire de type schizophrénique n'est détectable.

À peu près aucun des termes de cette définition, que je propose pour commencer cette conférence, n'échappe à la polémique. Aussi faut-il plus y voir un essai de caractérisation du problème que pose le transsexualisme, et non l'expression d'un consensus nosologique. Cette polémique se déploie en effet sur plusieurs axes :

1. Le premier est celui des principes. Car le transsexualisme est-il en fait une pathologie ? Faute de critères biologiques, faute aussi d'un accord entre psychiatres sur le statut de patients qui ne « délirent » que sur leur identité sexuelle, et qui semblent par ailleurs souvent d'une parfaite intégrité mentale (au moins une fois arrivés dans le sexe de leurs vœux), on courrait le risque de réprimer, en les soignant, une modalité particulière de la sexualité. Il faudrait parler alors de transsexualité et non de transsexualisme, et, comme avec l'homosexualité, dépathologiser la condition. Bien plus, on a pu argumenter, dans une veine libertarienne, qu'il existe un *droit* à changer de sexe.
2. Le second axe de désaccord est d'ordre clinique. A supposer que le transsexualisme soit une maladie, il se pourrait déjà qu'il y ait une fausse symétrie entre homme et femme : « changer de sexe » serait un attrape-tout masquant des différences importantes. Ensuite, la définition du syndrome présuppose la disjonction de l'identité sexuelle et de la préférence sexuelle, mais dans les faits, cette disjonction est peu claire, et on pourrait se demander si le transsexualisme n'est pas un artefact qui résulte de sa

pseudo-évidence. Ensuite encore, caractérisé ainsi, on met entre parenthèses la comorbidité psychiatrique du transsexualisme (de la psychose à la toxicomanie et aux conduites psychopathiques et perverses), au profit de cas idéalisés. Dire que les transsexuels ne sont pas schizophrènes veut écarter un certain type de délire de transformation corporelle bien connu (tel celui du Président Schreber de Freud). Mais cela laisse ouverte l'éventualité de symptômes d'ordre paranoïaque à l'arrière-plan, dont le vœu transsexuel serait l'effet de surface. Mais si l'on ne veut pas que le transsexualisme soit une sorte d'équilibration psychotique, alors il vaut mieux parler de « sentiment » d'appartenir à l'autre sexe que de « conviction » (délirante). D'autant qu'un tel sentiment n'est pas stable : beaucoup de définitions médicales exigent qu'il dure plusieurs années. Enfin, personne ne connaît la prévalence du transsexualisme dans la population générale, ni même le nombre exact d'opérés.

3. Une troisième source de différends est historique. La définition proposée ici est datée, et elle reflète la construction médicale du syndrome depuis les années 50. Elle ne tient pas compte de l'essor des théories sociologiques du « genre » depuis les années 70, qui ont tendance à reclasser le transsexualisme plus parmi les déviations (médicalisées après-coup) que parmi les maladies. A-t-il d'ailleurs toujours existé des transsexuels ? Dans quelle mesure, pour qu'il y ait transsexualisme, ne faut-il pas une réponse chirurgicale, qui suscite une demande spécifique d'opération ? Le transsexualisme serait alors iatrogène, et récent. La notion contemporaine de dysphorie de genre (le malaise diffus dans son identité sexuelle) recouvre un spectre de tableaux cliniques (et d'évolutions) plus large que celui du transsexuel, apparemment convaincu depuis l'enfance, et qui réclame une réassignation sexuelle confinant à la caricature, que l'on décrivait cependant comme typique dans les années 60.
4. La dernière est philosophique. Précisément parce qu'il n'existe aucun critère biologique ni mental objectifs, le transsexualisme est une maladie auto-diagnostiquée, dont la thérapie (castration, reconstruction génitale à l'apparence du sexe opposé, et prise d'hormones) est auto-prescrite, et dont le résultat est auto-évalué. Autrement dit, tout y dépend de l'idée que médecins et patients se font *ensemble* du moi, de ses relations avec le corps, et de la nature ultime de la conscience de sa propre identité. Pour beaucoup, le transsexualisme est donc une folie, dans la mesure où il est tautologique d'être son propre corps (même si cela peut nous déplaire). Pour d'autres, la liberté de l'individu s'étend jusqu'aux manipulations les plus invasives, en conséquence de la *self-ownership* du corps et de la protection sacrée de la sphère privée. Car, qu'est-ce qui fait que certains médecins trouvent un certain sens dans un énoncé-type comme « Je suis une femme dans un corps d'homme » (ou l'inverse), et d'autres pas du tout ? Ce n'est pas une théorie médicale, c'est une conception du moi.

C'est pour ces raisons que le transsexualisme a été considéré, dans les années 70, comme un des problèmes bioéthiques et médicaux les plus vertigineux qui soit.

A. Construction et crise du syndrome transsexuel.

C'est Hirschfeld qui, le premier (1910), a isolé parmi les transvestistes, qui sont en majorité hétérosexuels et conscients d'être des hommes, une sous-catégorie d'individus intimement convaincus au contraire d'être des femmes. On avait déjà

de tels tableaux chez Krafft-Ebing et Moll, pour illustrer la thèse de la « sensation sexuelle contraire ». Mais Hirschfeld lui a ajouté deux caractéristiques cruciales pour l'avenir : le contexte de travestissement (qui pourtant n'est pas constant chez les transsexuels), et l'hypothèse d'un « hermaphrodisme psychique » à base hormonale et cérébrale qui serait le symétrique de l'intersexualité physique. Les premiers sexologues ont des théories si personnelles qu'il est difficile de superposer nos concepts aux leurs. Mais de l'abondante littérature du temps, deux éléments ressortent vivement. L'idée d'inversion homosexuelle, d'abord, sous sa forme complète, impliquait un vécu « féminin » chez l'homme — on la retrouve, avec l'idée d'un substrat biologique, chez Freud. Il se pourrait donc qu'il y ait un extrême de la bisexualité universelle, objet alors de toutes les spéculations, qui mettent effectivement en contradiction l'anatomie et le ressenti sexuel. Ces spéculations étaient ensuite alimentées par les travaux de Steinach sur l'inversion des comportements reproducteurs des animaux par des greffes de gonades. Comme on voit, autant le choix d'objet sexuel et l'identité sexuelle sont, pour nous, disjoints, autant le naturalisme biologisant de la sexologie naissante les articulait étroitement. Or, s'il faut un tel arrière-plan au transsexualisme pour qu'il devienne un enjeu bioéthique majeur, il vaut mieux considérer l'émascation de « Rudolph » (un domestique de Hirschfeld), en 1921, comme prototypique, même si une mastectomie avait été pratiquée aux Etats-Unis en 1918 sur une transsexuelle — car c'était à titre compassionnel, et sans la théorie qui donne tout son relief au problème.

Cette théorie, souvent anti-freudienne, se popularise aux Etats-Unis entre les deux guerres, à mesure que l'on vulgarise et recherche des applications sociales à la découverte des hormones sexuelles : c'est le behaviorisme endocrinologique. L'idée (jamais démontrée) qu'on puisse, par imprégnation fœtale, avoir un cerveau d'un sexe opposé à l'anatomie, et qui régisse une conduite « naturellement » féminine chez un homme sans qu'il soit en rien homosexuel, est de ces spéculations dans laquelle les transsexuels se sont toujours « reconnus », et qu'ils se sont même voués à confirmer subjectivement.

Le « phénomène transsexuel », pour reprendre les mots de son premier spécialiste, Benjamin (1966), est cependant né avec la médiatisation des opérations de George (Christine) Jorgensen, en 1952. Malgré la fascination que Jorgensen suscite, et que d'autres susciteront encore après lui, deux faits saillants s'impose. Le premier, c'est le scandale des psychiatres de l'époque : opérer un transsexuel, c'est « collaborer avec la psychose », dira-t-on. Le second, c'est la construction d'un véritable modèle de réussite transsexuelle, Jorgensen entamant une correspondance avec les centaines de candidats auxquels il a révélé qu'il y a une issue à leurs souffrances. Ils deviendront des milliers, faisant parler d'épidémie.

Mais l'appui de la théorie demeure indispensable à la standardisation du transsexualisme. Son contexte intellectuel, c'est la polémique sur le primat de la nature sur la culture, extrêmement vive dans les années 60 (notamment à cause de la polémique sur le déterminisme biologique de l'homosexualité). Money, un spécialiste des intersexuels (il a fixé la doctrine selon laquelle le sexe d'élevage prime sur le sexe biologique), voit dans le transsexualisme une « expérience naturelle » cruciale à cet égard. A Johns Hopkins, à partir de 1966, il fait opérer à grande échelle et organise des suivis méthodiques. Dès 1972, aux Etats-Unis, chirurgie et hormones deviennent le traitement standard. Dans d'autres *Gender Identity Clinic*, comme chez Stoller à Los Angeles, les transsexuels apparaissent comme des objets sociologiques à part entière (« Agnes », qui y est traitée, intéresse notamment Garfinkel). Finalement, les restrictions de départ sur les

candidats se relâchent : la satisfaction ressentie est si forte chez les opérés, qui savent aussi déjouer les médecins en leur présentant toujours le tableau clinique qui garantit l'accès à la chirurgie, que Fisk, en 1973, renonce au purisme d'une entité nosographique « transsexualisme ». La « dysphorie de genre » la remplace, caractérisée en fait par la seule demande de changer de sexe, et par la satisfaction post-opératoire.

Ce modèle pourtant subit de nombreux assauts. Psychiatres, et surtout psychanalystes, visés au cœur de leur doctrine par ces incroyables métamorphoses, ne désarment pas. Lothstein, en particulier, montre que de nombreux patients sont accessibles à la psychothérapie, ce que niait la conception sexologique régnante. D'autres s'avèrent psychotiques après des opérations sans précaution. La comorbidité globale des patients prend de plus en plus d'importance, quand ils renoncent à la dissimuler. Face donc aux doutes qui se généralisent à partir des années 80, de vastes programmes d'évaluation sont entrepris.

La situation actuelle se caractérise par le pragmatisme. On sait, rappellent Pfäfflin et Junge (1992), surtout depuis l'analyse de la cohorte néerlandaise, que le succès est la règle quand les procédures sont correctement suivies, et que les patients sont sélectionnés et motivés. Cela tend d'ailleurs à transformer les « patients » en simples clients des chirurgiens plasticiens. Mais la libéralisation des indications s'expose aussi à un débordement libertaire virulent. Le « transgénérisme », ainsi, est un mouvement contestataire qui voit dans les rôles de genre des artefacts sociaux relativisables et politiquement suspects. Ses racines plongent dans le féminisme radical. Par l'action directe sur le corps, on renverserait les stéréotypes sexistes, et les transsexuels seraient ainsi à l'avant-garde d'une réappropriation absolue de soi et du corps, placée sous le signe de la « performance ». Un aspect notable du transgénérisme militant est la contestation des réassignations forcées des intersexuels dès la naissance : comme s'il fallait sacrifier sans délai leur anatomie aux clichés de la « normalité » sexuelle, avant qu'ils ne puissent choisir consciemment, ni expérimenter un autre érotisme.

B. Trois apories

Le succès journalistique de nombreuses biographies de transsexuels, qui mettent souvent en scène de séduisants mythes sociaux de rédemption individualiste et d'hyper-normalité (on se plaît à voir qu'arriver à être comme tout le monde est en fait un exploit !), cache des impasses significatives, qui engagent la médecine et la bioéthique au point où elles ont une évidente portée anthropologique. Elles méritent un développement indépendant.

En premier lieu, le fait surprenant que les transsexuels opérés soient « satisfaits », et donc soignés, n'a pas la valeur qu'on croit. On peut aussi bien raisonner en disant que si leur demande est folle, et que la réponse (chirurgicale) l'est également, leur satisfaction ne prouve rien ; elle est folle aussi. Dans une situation où tout est auto-diagnostiqué, auto-prescrit et auto-évalué, où est le critère indépendant ? Plus techniquement, il convient de rappeler qu'il y a deux parties de la médecine où l'on ne peut pas avérer l'efficacité d'un traitement par la méthode du placebo en double aveugle : la chirurgie (surtout plastique !) et la psychothérapie. On ne peut donc jamais être si sûr que des patients à qui on n'aurait pas offert le choix de la chirurgie ne se seraient pas améliorés, ni que la psychothérapie est, comme on prétend, vaine. A cet égard, il est frappant de constater que les équipes qui ont eu les moins bons résultats étaient celles dont les membres doutaient (en général pour des motifs psychiatriques ou bien

psychanalytiques) de la validité de la tentative. Quant à la satisfaction en elle-même, elle est soumise à un biais attributif majeur : il serait suicidaire de regretter un geste aussi irréversible, et il faut donc absolument en être content. Néanmoins, dans les stratégies de soin actuelles, où la guérison est de plus en plus symptomatique et de moins en moins étiologique, on ne peut éviter des évaluations standards qui débouchent précisément sur ce genre d'apories. Elles ne sont, en ce sens, ni de la propagande idéologique, ni des erreurs scientifiques, mais la limite même de la prise en compte de la subjectivité dans le résultat d'un traitement médical.

En second lieu, l'articulation de la médecine et du droit dans le transsexualisme est un prisme révélateur de tensions exemplaires entre revendication subjective et objectivité des normes. Il souligne le glissement du droit loin de la mise en scène de sa fonction censément instituante, vers une gestion des règles positives, contaminée de naturalisme. Le paradoxe, en effet, est que le droit refuse à l'individu toute disposition volontaire de son identité. Pour accueillir la demande de changer de sexe, laquelle parachève le travail médical, il faut donc supposer que le transsexuel est malade et n'agit pas par caprice, mais sous l'empire d'une contrainte plus forte que sa volonté. Une fois cependant accordée la modification d'état civil, le transsexuel se retrouve, dans l'autre sexe, doté d'une entière capacité juridique. Il peut se marier, adopter, etc. C'est donc uniquement parce que le transsexuel était malade qu'il se retrouve *in fine* normal. Ce forçage transforme la décision de justice en pur et simple accomplissement de sa thérapie. Beaucoup considèrent enfin cette métamorphose comme inacceptable, parce qu'elle impose aux enfants d'avoir désormais deux mères, etc. Mais là encore, on souligne peu que les règles suivies ne sont pas structurellement différentes de celles qui, par exemple, font du mari de la mère d'un enfant conçu par insémination artificielle le véritable père de son enfant. La question qui se pose est de savoir si de nouvelles fictions juridiques seront ici requises, ou si, comme l'a suggéré Legendre, on transgresse l'anthropologiquement acceptable, et qu'on se met ici en contradiction avec les lois de la parenté (alliance et filiation), donc de l'humanité.

Enfin, du même pas que le transsexualisme est auto-diagnostiqué, cet apparent contrôle de soi par soi seul se transforme en son contraire complet. Car il y a peu d'exemples de pathologies qui soient à ce degré le fruit d'une co-construction entre patients et médecins. Comme l'ont autrefois démontré Billings et Urban (1982), les premiers se pliaient jusqu'à la caricature au tableau attendu par les seconds, pourvu qu'on les opérât, tandis que les seconds exploitaient les premiers à des fins de prestige universitaire, de polémique savante et de gains pécuniaires, dont rien ne filtrait. Mais du coup, le transsexualisme comme état morbide s'est trouvé partout déformé. On a cru longtemps, ainsi, à l'absence d'homosexualité chez les transsexuels. C'était qu'il ne fallait surtout pas l'exhiber, sous peine d'être classé pervers, et exclu du programme. Autre cas notoire de distorsion : les cas rencontrés en premier par un médecin lui servait à étalonner les autres ; mais bientôt, voilà qu'ils devenaient les modèles toujours reproduits par les patients suivants, bien renseignés par leurs réseaux. En somme, avec le recul, il devient extrêmement difficile de savoir si le transsexualisme a jamais répondu à une définition stable. Et plus s'épure chez certains militants informés la conscience critique de cette co-construction du transsexualisme, plus on débouche sur une autre aporie : bien loin de regagner par ce biais l'innocence d'un soi enfin émancipé, on finit cette fois par ne plus bien savoir si le moi qui s'auto-affirme ainsi dans la revendication libertaire n'est pas le moi qu'il faut se croire être pour être vraiment libre — autrement dit, à son tour une caricature.

Pour ce motif, peut-être faut-il en revenir au noyau élémentaire du problème transsexuel. Ce n'est pas, selon la formule courante, celui d'une « femme dans un corps d'homme » (ou, comme on trouvait au 19^{ème} siècle, celui d'un « homme qui a une âme de femme »). C'est simplement la certitude *d'abord négative* de ne pas être « à sa place dans son corps », à quoi s'ajoute de façon effectivement construite, et sans doute *par suppléance*, des identifications intenses à des images sexuées chéries. D'où la définition en deux temps proposée plus haut, qui sépare le sentiment de ne pas appartenir à son sexe de naissance (d'être hors-sexe) et celui d'appartenir au sexe opposé. A la limite ainsi, vouloir « changer de sexe » serait une manière « raisonnable » de surmonter un malaise bien plus profond et radical touchant l'existence dans son corps. Il reste que *pour chacun*, ce qui fait qu'il est un homme plutôt qu'une femme reste opaque ; ce qui pousse à accepter que d'autres puissent mieux savoir pour eux-mêmes de quoi il retourne. Enfin, parce qu'elle met en scène les idéaux universels de la liberté et du moi, la revendication transsexuelle contribue à rapprocher la question de la folie de son enracinement philosophique dans la *déraison*, que de sa version positive, objective et médicale, la psychose.

Éléments bibliographiques

- Benjamin, Harry (1966) *The Transsexual Phenomenon*, Julian Press, New York
- Billings, Dwight et Urban, Thomas (1982) "The socio-medical construction of transsexualism : An interpretation and critique", *Social Problems* 29, n°3, pp.266-82.
- Califia, Pat (1997) *Sex Changes : The Politics of Transsexualism*, Cleis, San Francisco.
- Chiland, Colette (1997) *Changer de sexe*, Odile Jacob, Paris.
- Frignet, Henry (2000) *Le transsexualisme*, Desclée de Brouwer, Paris.
- Hirschfeld, Magnus (1910) *Die Tranvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichen casuistischem und historischem Material*, Pulvermacher, Berlin.
- Pfäfflin, Friedmann et Junge, Astrid (éds.) (1992) *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*, Schattauer, Stuttgart et New York.
- Salas, Denis (1994) *Sujet de chair, sujet de droit. La justice face au transsexualisme*, PUF, Paris.
- Stoller, Robert (1969) *Sex and Gender I : On the Development of Masculinity and Femininity*, Science House, New York et Maresfield, Londres ; trad. franç. *Recherches sur l'identité sexuelle*, Gallimard, 1978 et (1975) *Sex and Gender II. The Transsexual Experiment*, Hogarth Press, Londres
- Stryker, Susan (ed.) (1998) *The Transgender Issue*, in *GLQ. A Journal of Lesbian and Gay Studies* 4, n°2, Duke University Press.

