

Le genre et la chair. Analyse des discours médicaux autour de la transsexualité dans le contexte espagnol¹

Gerard Coll-Planas et Miquel Missé

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'American Psychiatric Association (APA) définissent la non-correspondance entre le sexe et le genre comme un trouble mental, dénommé «trouble de l'identité de genre». En Espagne, le fait de considérer la transsexualité comme une maladie a une influence sur la régulation juridique du changement de la mention du sexe dans l'état civil. La Loi 3/2007² stipule que, pour effectuer un tel changement (également nécessaire pour pouvoir modifier le prénom), on doit avoir obtenu le «diagnostic de dysphorie de genre»³ et avoir suivi un traitement médical pendant au moins deux ans «afin d'accommoder ses caractéristiques physiques à celles du sexe revendiqué» (art. 4). Même s'il n'est pas spécifié dans la loi, le traitement hormonal est le seul qui réponde à ces caractéristiques⁴. Cette loi comprend deux nouveautés par rapport à la situation antérieure: l'état civil sera modifié par une autorité administrative et non judiciaire, et la personne qui se soumet à ce processus n'aura plus besoin d'avoir subi une chirurgie de réassignation sexuelle.

Plusieurs Unités de troubles de l'identité de genre (UTIG) ont été intégrées dans divers hôpitaux publics⁵ du territoire espagnol. Ces unités fournissent un suivi psychologique et psychiatrique et organisent des groupes d'entraide visant à mettre à l'épreuve «l'expérience de la vie réelle», c'est-à-dire une période de plusieurs mois au cours de laquelle la personne doit vivre tous les jours selon l'identité de genre à laquelle elle se sent identifiée, avant de commencer la transformation du corps. Par la suite, un diagnostic de dysphorie de genre est émis. La durée du suivi, le

1. Ce texte s'inspire en grande partie de *La voluntad y el deseo [La volonté et le désir]* (Coll-Planas, 2010), qui à son tour est une version de la thèse de doctorat en sociologie de Gerard Coll-Planas, soutenue en 2009 à l'Université autonome de Barcelone.

2. «*Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo*».

3. Le terme dysphorie signifie «état de malaise».

4. Un traitement hormonal de deux ans respectant les niveaux que les endocrinologues ont l'habitude d'ordonner implique, dans la pratique, la stérilisation chimique.

5. Les UTIG se trouvent dans les hôpitaux Carlos Haya (Malaga), Clinic (Barcelone), La Paz et Ramón y Cajal (Madrid), San Agustín (Avilés) et de Cruces (Barakaldo).

temps nécessaire pour qu'un diagnostic soit établi et la possibilité même qu'il le soit, dépendent des critères des psychologues et des psychiatres qui, à leur tour, suivent les lignes directrices établies par le protocole *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (HBIQDA, 2001), de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (désormais nommée World Professional Association for Transgender Health).

Le rapport médical attestant de la présence du trouble n'est pas uniquement nécessaire pour la rectification de la mention du sexe dans l'état civil, il est aussi ce qui permet l'accès à un traitement hormonal contrôlé par un endocrinologue ainsi qu'à la réassignation sexuelle (même si celle-ci est réalisée dans une clinique privée, comme c'est le cas dans la plupart des régions de l'État espagnol).

La régulation du processus de transsexualisation peut être lue comme un exemple de violence inhérente au système de genre, puisque dans ce procédé, l'on trouve représentée de la façon la plus explicite la normalisation des comportements et des subjectivités qui ne correspondent pas à la norme, celle qui établit une correspondance stricte entre le sexe (femelle/mâle) et le genre (femme/homme). Dans ce sens, nous sommes d'accord avec Bernice Hausman (1998: 6) sur le fait que le traitement contemporain de la transsexualité illustre les conséquences nocives de ce système.

L'objectif de cet article est d'analyser comment le processus de transsexualisation est construit discursivement par les institutions internationales qui le régulent, et par les professionnel-le-s qui le mènent à terme dans le contexte espagnol. On opposera ces discours aux témoignages de militant-e-s et de personnes trans⁶. Dans une première partie, nous allons présenter une définition de la transphobie – en lien avec la reproduction du genre normatif – et situer la problématique de la pathologisation de la transsexualité. Par la suite, nous exposerons le travail empirique et la méthodologie de recherche et nous analyserons le discours sur la transsexualisation pour comprendre sous quelle forme celle-ci renforce la conception oppressive de la transsexualité. Nous concluons en argumentant que la façon de régler le processus de transsexualisation dans le contexte espagnol renforce et reproduit à la fois la transphobie et les normes de genre.

6. Dans cet article, nous utilisons «trans» en tant que terme générique faisant référence à toutes les personnes qui ne s'identifient pas avec le genre qui leur a été attribué à la naissance en fonction de leur sexe. Cela inclut les personnes qui optent

pour une transformation de leur corps à travers un traitement hormonal et/ou chirurgical, comme celles qui ne ressentent pas ce besoin de modification corporelle.

La transphobie, l'homophobie et le genre

Pour commencer, précisons comment nous comprenons et utilisons le concept de transphobie pour pouvoir l'appliquer à notre analyse des données empiriques issues de notre enquête. Cette explication nous amènera à analyser sa relation avec l'homophobie, ainsi que le lien entre ces deux concepts quant à la reproduction des inégalités et des différences de genre.

Dans la littérature académique, le concept de transphobie n'est pas aussi habituel que celui d'homophobie: il est courant de trouver des auteur-e-s qui incluent la transphobie dans l'homophobie, par exemple Daniel Welzer-Lang (1994) et Daniel Borrillo (2000). Le premier a pris ses distances par rapport aux définitions qui appréhendaient l'homophobie comme étant le résultat d'une peur de l'homosexualité et du contact avec les homosexuel-le-s, et il définit l'homophobie en termes de «discrimination envers les personnes qui montrent, ou à qui l'on prête, certaines qualités ou défauts attribués à l'autre genre» (Welzer-Lang, 1994: 17). Dans la même ligne, Borrillo définit l'homophobie comme :

[...] l'hostilité générale, psychologique et sociale, à l'égard de celles et ceux censés désirer des individus de leur propre sexe ou avoir des pratiques sexuelles avec eux. Forme spécifique du sexisme, l'homophobie rejette également tous ceux qui ne se conforment pas au rôle prédéterminé par leur sexe biologique. (Borrillo, 2000: 26)

En lien avec ces deux conceptions, nous considérons que la production et la reproduction des différences et des inégalités de genre sont à la racine de l'homophobie et de la transphobie. En effet, à la suite de Joan Scott, nous comprenons le genre comme étant :

[...] l'organisation sociale de la différence sexuelle. Il ne reflète pas la réalité biologique première, mais il construit le sens même de cette réalité. La différence sexuelle n'est pas la cause originale de laquelle l'organisation sociale pourrait dériver; elle est plutôt une structure sociale mouvante qui doit elle-même être analysée dans ses différents contextes historiques. (Scott, 1998: 15)

Non seulement la transphobie et l'homophobie partagent la même racine, mais encore les deux types d'oppression apparaissent souvent entrecroisés, puisque socialement on se fonde sur la non-reproduction du genre normatif comme indicateur de l'homosexualité⁷. On peut donc considérer qu'il s'agit de deux formes particulières du sexisme, maintenant la correspondance sexe/genre et la complémentarité du féminin/masculin⁸.

7. La distinction entre homosexualité et transsexualité est une construction sociale (Weeks, 1994) et historique, de même que la différenciation entre sexualité et genre (Valentine, 2007).

8. Pour une lecture plus exhaustive de la connexion entre les différents types d'oppression liés à la sexualité et au genre, voir Rubin (1989).

Afin d'analyser comment la transphobie, en tant que phénomène, se met en place, et de souligner le rôle central de la pathologisation dans ce processus, nous suivons le modèle d'Iris Marion Young (2000), car il nous permet de distinguer analytiquement les différentes dimensions que le processus intègre⁹. En accord avec cette auteure¹⁰, nous considérons que la transphobie se concrétise en trois volets : la violence, la marginalisation et l'impérialisme culturel.

En ce qui concerne la violence, Young met l'accent sur sa dimension structurelle et la considère dans un sens large, en comprenant la dimension physique, symbolique et émotionnelle : « Ce qui fait de la violence un phénomène d'injustice sociale, et pas seulement une action individuelle moralement mauvaise, c'est son caractère systématique, son existence en tant que pratique sociale » (Young, 2000 : 107). En ce sens, les gens qui ne reproduisent pas le genre normatif sont désignés comme des personnes que l'on peut agresser, parmi lesquelles les trans sont celles qui sont le plus souvent victimes de violences.

Young (2000) définit la marginalisation comme le processus par lequel un groupe social est exclu de la participation utile dans la société, en étant exposé à des privations et même à la mort. La distinction entre marginalisation et exclusion proposée par Dolores Juliano (2004) nous permet d'aller plus loin dans la compréhension des changements de position sociale de différents groupes sociaux. Elle estime en effet que l'exclusion et la marginalisation sont deux formes différentes de ségrégation :

La personne marginalisée est insérée dans le système social, mais dans des positions périphériques. Elle peut contribuer au bien-être général grâce à ses efforts ou en accomplissant tout type de fonction considérée comme nécessaire, mais on ne lui reconnaît pas un quelconque pouvoir légitime, ni de prestige. [...] La société ne se passe pas des marginaux, elle développe des politiques assistantielles vis-à-vis de ces personnes, elle les relègue mais elle les reconnaît. Elles font partie d'un « nous » bien que ce soit la partie obscure de ce « nous ». L'exclusion sociale implique un peu plus de distanciation sociale et est parfois totale et irréversible. Elle intègre souvent des cérémonies de séparation comme le processus qui mène à l'emprisonnement ou le diagnostic qui fixe la maladie mentale. (Juliano, 2004 : 27-28)

En suivant cette auteure, nous comprenons la catégorie de la ségrégation comme un axe qui va de la marginalisation à l'exclusion totale. Appliquant cette distinction, on peut affirmer que, depuis l'apparition de la catégorie « homosexuel » au XVIII^e siècle, les personnes non hétérosexuelles sont passées progressivement d'une situation d'exclusion (marquée par la pathologisation, la criminalisation, la discrimination juridique, etc.) à une

9. L'auteure élabore un modèle pour expliquer différents types d'oppression. Nous les transposons sur le cas de l'homophobie et de la transphobie.

10. Le cheminement menant du modèle proposé par Young (2000) à celui qui est présenté dans cet article est expliqué dans Coll-Planas (2010).

situation de marginalisation, tandis que les personnes trans sont toujours dans une situation d'exclusion (avec le diagnostic de trouble de l'identité de genre comme instrument de séparation). Au niveau microsocial, la marginalisation dans l'accès au travail dont souffrent les personnes trans est un frein évident à leur intégration sociale.

Enfin, l'impérialisme culturel selon Young signifie:

[...] expérimenter la façon dont les traits dominants de la société rendent invisible le point de vue particulier de notre groupe alors qu'ils stéréotypent notre groupe et le signalent comme l'autre. L'impérialisme culturel implique l'universalisation de l'expérience et la culture d'un groupe dominant, et sa position en tant que norme. (Young, 2000: 103)

Dans notre cas, l'impérialisme culturel est exercé par les stéréotypes, l'invisibilité et l'infériorisation. Les stéréotypes s'adressent principalement aux femmes trans (MtF)¹¹, représentées comme des femmes hyperféminines, qui réalisent un travail sexuel, ou sont actives dans le monde du spectacle, et dont la disponibilité sexuelle va de soi. L'invisibilité affecte surtout les hommes trans (FtM), qui ne sont pas si stéréotypés, c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'images bien établies à leur propos. L'infériorisation s'établit sur la considération que leur identité de genre et les processus à suivre ne peuvent pas être des décisions propres aux personnes, mais doivent être encadrées par des professionnel-le-s. En ce sens, le pouvoir de se nommer elles-mêmes et d'être reconnues passe par le diagnostic médical¹².

Pathologisation de la transsexualité

Pour situer la problématique de la pathologisation, il est important de tenir compte du fait que le terme même de transsexuel-le fut inventé dans les années 1950 par un médecin endocrinologue. Ce terme est né en lien non seulement avec le pouvoir médical, mais aussi avec le développement de nouvelles technologies médicales (l'endocrinologie et la chirurgie plastique) qui permet de modifier les caractéristiques sexuelles¹³. Ainsi, nous suivons Hausman (1998: 198), qui propose de comprendre comment la subjectivité – dans ce cas transsexuelle – se construit à travers les relations avec les institutions et les technologies.

11. MtF désigne la transition «male to female», FtM la transition «female to male».

12. Il est possible de penser à d'autres formes d'accompagnement des personnes trans dans leurs décisions médicales qui ne supposent pas cette infériorisation et usurpation de la parole: voir Missé et Coll-Planas (2010).

13. En revanche, c'est seulement au milieu des années 1970 que la chirurgie de réassignation sexuelle se généralise. Perçue comme la seule forme de thérapie pour les transsexuel-le-s, elle commence à être pratiquée dans un nombre réduit d'hôpitaux (King, 1998: 143).

Il serait erroné d'interpréter ce processus comme celui d'un pouvoir qui va du haut vers le bas, puisque les premiers médecins agissent sous la pression des demandes de personnes transsexuelles et avec l'objectif d'éviter les automutilations et les suicides (Hausman, 1998). En ce sens, Judith Butler (2010: 11) explique que nous ne devons pas considérer que la catégorie transsexuelle est créée de façon unilatérale, mais dans un scénario social d'interlocution puisque «les demandes d'une personne visant à être comprise et traitée d'une certaine façon, et l'établissement de cette apparence sociale, nécessitent un accord de collaboration».

En 1980, parallèlement à la dépathologisation de l'homosexualité, le *DSM-III* incorpore la catégorie de transsexualité, qui inclut «[l]es individus présentant une dysphorie de genre, et ayant manifesté sur une durée d'au moins deux ans un désir continu de changer de sexe biologique et de genre» (HBIQDA, 2001: 4). En 1994, la catégorie de trouble de l'identité de genre se substitue à celle de transsexualité, avec un élargissement des sujets classés dans cette catégorie (Valentine, 2007)¹⁴.

Pour ce qui est de la pathologisation, il existe aujourd'hui un débat à l'intérieur du militantisme trans sur la nécessité d'éliminer la transsexualité de la classification des maladies mentales. D'un côté, il y a des secteurs du mouvement qui, à partir de différentes positions, s'opposent à l'entrée dans le processus de pathologisation: l'activisme transgenre ou *queer* critique non seulement le diagnostic mais aussi le biologisme¹⁵ et la vision normative du genre présente dans le discours psychiatrique. D'un autre côté, sous le nom «Syndrome de Benjamin» se regroupent des militant-e-s qui critiquent la pathologisation parce que la discordance entre sexe et genre leur paraît due à des causes biologiques qui n'ont rien à voir avec un trouble mental.

Par ailleurs, nous constatons une délégitimation croissante du pouvoir des psychiatres et des psychologues parmi les personnes trans qui veulent accéder au processus de diagnostic, ce qui fait émerger davantage de résistances (voir par exemple Soley-Beltran et Coll-Planas, 2011). Plusieurs études signalent en outre que les personnes trans font un usage stratégique de la pathologisation, elles l'instrumentalisent pour accomplir leurs objectifs: le changement de prénom, l'hormonothérapie et/ou la réassignation sexuelle (voir, entre autres, Soley-Beltran, 2004; Coll-Planas, 2010).

Butler (2006) explique que, même si on instrumentalise la pathologisation de façon stratégique, cela suppose en quelque sorte une subjection, une internalisation de l'équation établie entre transsexualité et trouble

14. Selon Butler (2006: 118), dans la pratique, le diagnostic du trouble de l'identité de genre est en fait un diagnostic de l'homosexualité, puisque le diagnostic s'utilise pour identifier des garçons

féminins et des filles masculines, en les considérant comme futurs gais et lesbiennes.

15. Dans le sens d'attribuer une influence déterminante aux facteurs biologiques.

mental, le renforcement de la perception sociale de la transsexualité comme une maladie et, en définitive, une consolidation de la conception binaire et réifiée du genre. Ainsi, cette auteure considère que le prix à payer pour accéder aux instruments qu'offre la pathologisation est de renoncer à parler de sa propre expérience et de se voir obligé-e à assumer un discours qui nous «efface» dans l'acte de nous représenter. Le discours pathologisant fonctionne donc selon Butler comme un «chantage», car il offre aux personnes trans la promesse de réussir une nouvelle vie avec le corps et le genre désirés en échange du soutien et du renforcement du pouvoir du diagnostic.

L'auteure signale également que la façon de se positionner face à la pathologisation est empreinte d'une certaine ambivalence : «Il faut dire que le diagnostic soulage la souffrance ; mais il est possible et aussi nécessaire de dire que le diagnostic intensifie cette même souffrance qui doit être soulagée» (Butler, 2006 : 147).

Avec notre approche théorique, nous avons montré que la pathologisation de la transsexualité occupe une place centrale dans la production des hiérarchies de genre, puisque le diagnostic détermine le processus menant la personne qui s'y soumet à se voir assignée à un groupe inférieur – elle ne peut en effet prendre les décisions qui ont trait à son genre et à son corps. Celles-ci sont prises par des spécialistes de la santé. Dans la partie empirique qui suit, nous allons examiner la façon dont se concrétise cette supervision des professionnel-le-s et verrons qu'elle charrie des doses de violence émotionnelle et symbolique. Nous verrons aussi que les personnes trans elles-mêmes parlent le plus souvent depuis ce paradigme de la pathologisation (Coll-Planas, 2010), ce qui suggère de lire cette dernière comme une sorte d'impérialisme culturel, soit un cadre hégémonique à partir duquel se conçoit la transsexualité.

Analyse des discours médicaux

Le travail empirique sur lequel se fonde cet article est divisé en deux blocs. Tout d'abord, nous avons analysé le discours des principales institutions et des professionnel-le-s qui gouvernent les processus légaux et médicaux de transsexualisation. En premier lieu, ceux des institutions internationales qui servent de référence dans le contexte espagnol : les sections relatives à la transsexualité dans le catalogue de maladies mentales du DSM-IV (APA, 2000) et la classification du ICD-10 (OMS, 1992), ainsi que le protocole pour le traitement des personnes trans *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (HBI-GDA, 2001). Au niveau de l'État espagnol, nous avons effectué une analyse documentaire du livre de référence sur ce sujet, *Ser transsexual* (Gómez et Esteva de Antonio, 2006a), et une compilation de 540 pages écrites par les professionnel-le-s de la santé les plus reconnu-e-s des UTIG espagnoles. Ces informations ont été complétées par un entretien avec une psychologue clinicienne qui travaille dans une de ces UTIG.

Deuxièmement, nous avons examiné le discours des personnes trans au travers de huit entretiens (quatre MtF et quatre FtM), de deux groupes de discussion et du recueil de 600 messages postés sur des forums trans. Les documents collectés furent fragmentés en unités de registre, c'est-à-dire en unités minimales de sens (López-Aranguren, 1994).

L'analyse du matériel a été faite en suivant les approches de l'analyse du discours, une perspective qui cherche à rendre intelligible la manière dont se produit la connaissance, dont la réalité et la connaissance deviennent lisibles, et dont se construit l'interprétation de la réalité (Íñiguez, 2003 : 95)¹⁶.

Commençons par examiner les principes éthiques qui guident les professionnel-le-s dans le cadre du traitement des personnes trans, principes que nous avons regroupés en trois catégories : la non-pathologisation, la reconnaissance de l'agentivité et de la dignité du ou de la « patiente », et le respect de la diversité¹⁷. Avec ces trois catégories, nous allons identifier les contradictions internes du discours psychologique que tiennent les professionnel-le-s et celles qui se produisent lorsqu'il est mis en œuvre.

La dissimulation de la pathologisation

La transsexualité est présentée comme désormais « démedicalisée » tant dans *Ser transsexual* (Gómez, Cobo et Gastó, 2006 : 90) que dans notre entretien avec la psychologue clinicienne. À grands traits, on trouve deux ambiguïtés majeures dans ce discours : la conception même du trouble et l'origine physique ou psychologique de la transsexualité. Concernant tout d'abord la conception du trouble, voyons plus en détail comment se présente la version hégémonique, qui se définit comme démedicalisée. Un trait distinctif de ce discours est le fait que l'on ne parle pas de la transsexualité en termes de maladie mentale mais de trouble¹⁸. D'une part, nous estimons qu'il s'agit d'un simple changement de terminologie qui ne modifie pas la connotation pathologisante de la transsexualité, le trouble étant défini ainsi par le dictionnaire espagnol : « Ce qui perturbe le sens, la conscience ou la conduite de quelqu'un, le rapprochant de l'anomalie. »

D'autre part, malgré ce changement, *Ser transsexual* contient des références explicites à la transsexualité comme maladie : elle est « une maladie susceptible d'être traitée par la médecine », une « affection », ou encore

16. Dans cette ligne de pensée, Luisa Martín Rojo (2003 : 166) soutient qu'une des finalités de l'analyse du discours est de saisir comment, à travers le discours, se construisent les actions et les représentations sociales : catégorisations, classifications, assignation d'attributs, construction d'un « nous » face à un « eux », etc. Voir aussi Burr (1996).

17. Par rapport à la non-pathologisation, voir Gómez, Cobo et Gastó (2006 : 90). Pour la recon-

naissance de l'agentivité et de la dignité du ou de la « patiente », nous nous référons à Soriguer (2006 : 497) ; Gómez et Esteva de Antonio (2006b : 21) ; HBIGDA (2001 : 12). Et pour le respect de la diversité, cf. Gómez et Esteva de Antonio (2006b : 21), HBIGDA (2001 : 2 et 3).

18. Le but est de s'éloigner de la stigmatisation que le terme « maladie » comporte et le remplacer par une terminologie plus scientifique.

doit-elle donner lieu à un diagnostic différentiel pour «exclure d'autres maladies». Nous soutenons que cette ambiguïté du discours résulte de la tension entre le souci du corps médical de se montrer politiquement correct (ce qui empêche de parler directement de la transsexualité comme d'une maladie ou d'une pathologie) et sa fonction de régulation des corps et des identités de genre non normatives.

En ce qui concerne le deuxième aspect, nous avons identifié une contradiction dans l'attribution d'une origine à la transsexualité : les causalités physique et psychologique se trouvent mêlées dans le discours pathologisant. D'une part, l'«erreur» est placée au niveau du corps, ce qui signifie comprendre la transsexualité comme «être emprisonné-e dans un corps qui ne nous appartient pas» ou «être né-e dans le mauvais corps». Cette perception est présente dans nombre de discours de personnes trans et aussi de professionnel-le-s. En plaçant l'erreur dans le corps, la transsexualité devient une sorte d'intersexualité¹⁹ : si dans cette dernière il n'y a pas de correspondance entre les dimensions chromosomiques et/ou gonadiques et/ou génitales, dans le cas de la transsexualité, le manque de correspondance se trouverait entre l'identité de genre et le sexe biologique.

D'autre part, il est dit que «l'erreur» de la transsexualité se situe sur le plan psychique, ce qui mène à interpréter la transsexualité comme une maladie mentale. Dans ce cas, on considère que ce qui ne va pas n'est pas le corps mais l'esprit, qui ne reconnaît pas l'identité de genre attribuée et rejette le corps. Dire que l'erreur provient à la fois du corps et de l'esprit est contradictoire, car s'il s'agit d'un phénomène d'origine biologique, il ne devrait pas être considéré comme un trouble mental, et si l'origine est purement psychologique, il est difficilement justifiable de recommander un changement physique.

Lorsque les personnes trans parlent de leur expérience personnelle et s'adressent aux professionnel-le-s de la santé mentale en quête d'aide, elles contredisent une approche du pouvoir qui va de haut en bas. Mais en fait, la pathologisation est souvent antérieure à l'intervention des professionnel-le-s, car les personnes trans se tournent vers les professionnel-le-s après avoir intériorisé que le manque de correspondance entre sexe et genre est anormal, pathologique ; une idée que les spécialistes de la santé renforcent souvent. Ceci nous aide à resituer la responsabilité des personnes trans dans le processus de pathologisation : le travail des professionnel-le-s est efficace du fait qu'avant même d'entrer dans la consultation, la personne a déjà assimilé sa position d'anormalité par rapport au genre normatif.

Cependant, les personnes qui se rendent dans une unité spécialisée ne pensent pas toutes avoir un trouble mental. Certaines y vont parce que

19. Les personnes intersexuelles, antérieurement nommés hermaphrodites, présentent des combinaisons atypiques des traits physiques attribués aux corps masculins et féminins (cf. Fausto-Sterling, 2000).

c'est le parcours établi légalement pour obtenir le certificat qui leur donnera le droit de changer leur prénom, de prendre des hormones ou de se faire opérer. En outre, il se peut qu'elles soient en quête de la légitimité d'un·e professionnel·le afin de faciliter leur acceptation par l'environnement social et familial. C'est le cas de Marc (homme trans), qui est allé dans une UTIG parce que «[m]a mère avait besoin de savoir si j'étais transsexuel».

L'obligation de rencontrer des spécialistes de la santé mentale est souvent considérée en soi comme une pathologisation, même si certaines personnes trans ne se sentent pas traitées comme des individus ayant un trouble mental. Ce sentiment est exprimé par exemple par un garçon trans :

À l'hôpital on te dit ça mais ils ne le pensent pas dans le fond, le Gouvernement catalan et toutes ces histoires politiques obligent d'inscrire qu'on est malade par exemple pour le changement de l'état civil. (groupe de discussion 3, hommes trans)

En revanche, un participant à un groupe de discussion a vécu son expérience comme un «chantage», du fait que le suivi psychologique était le seul moyen d'atteindre son objectif : prendre des hormones sous contrôle endocrinologique. Le garçon rapporte que, malgré sa conviction de ne pas avoir de troubles mentaux :

À la fin tu finis par te sentir malade, que tu le veuilles ou pas, si deux fois par mois, tu dois aller à l'hôpital pour parler à un psychologue, même si tu es très fort et même si tu ne veux pas le croire, à la fin ça finit par te toucher. (groupe de discussion 2, hommes trans)

Plusieurs personnes qui ont reçu ou reçoivent un traitement dans une UTIG identifient les tests psychologiques comme une expérience les conduisant à se sentir partie prenante de la catégorie «malade». Cela est dû à la fois au contenu des questions (on leur demande par exemple si elles ont tenté de se suicider, si elles ont voulu tuer leurs parents, etc.) et à la conception du processus qui consiste à enfermer l'individu dans une petite pièce en l'obligeant à répondre à des centaines de questions.

En outre, pour le diagnostic, c'est l'échelle de masculinité-féminité de l'Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota²⁰ qui est utilisée. Or, cette dernière est largement critiquée pour son maintien d'une vision très stéréotypée du genre (Garaizabal, 2006 : 167). L'imposition des stéréotypes de genre peut être illustrée par le cas d'une femme trans dont le travail nécessite l'utilisation de dissolvants et de peintures qui lui tachent les

20. Cet inventaire, le MMPI, est l'un des tests de personnalité les plus fréquemment utilisés en santé mentale (cf. Hathaway, Mackinley et Perse, 1966).

mains, les situant ainsi loin de la norme des mains féminines manucurées. Lors de la première visite, le psychologue a suggéré qu'elle devrait arrêter ce travail si elle se sentait vraiment une femme. La relation avec sa compagne a été questionnée dans la même logique sexiste, du fait que, du point de vue du psychiatre, se sentir femme implique d'être attirée par les hommes.

Se doter d'une autonomie sans disposer des conditions pour l'exercer

Dans cette partie sont abordées les contradictions concernant la catégorie du respect de l'autonomie, que nous avons pu recenser dans les documents analysés. Il s'agit de principes éthiques qui se rapportent au traitement du ou de la patiente considéré-e comme «un citoyen adulte, autonome, capable de prendre ses propres décisions» (Soriguer, 2006: 497), et dont la dignité et la capacité d'autoréalisation sont reconnues (Gómez et Esteva de Antonio, 2006b: 21). Ces principes sont en conflit avec la façon qu'a l'individu de penser la souffrance et l'inégalité du pouvoir entre patient-e et professionnel-le.

Tout d'abord, le discours de la pathologisation attribue un rôle à la souffrance et peut sembler contradictoire avec le principe du respect de la dignité des personnes trans. Par exemple, Godàs (2006: 378) recommande d'exprimer, au moment d'expliquer la transsexualité à la famille, «les émotions, la détresse et les souffrances causées par la dysphorie de genre, et l'incapacité d'être en mesure de contrôler ou d'empêcher ce fait-là». On promet donc une communication fondée sur l'exploitation de la souffrance et le déni d'agentivité concernant l'identité de genre.

Le thème de la souffrance joue un rôle clé dans le discours de ces professionnel-le-s, car atténuer cette souffrance est ce qui justifie leurs actions. Deux positions contradictoires se retrouvent dans le discours des psychologues quant à l'origine de cette souffrance: Soriguer et Valdés (2006: 529) la comprennent comme étant inhérente à la transsexualité, indépendamment des facteurs sociaux, et affirment que «le transsexualisme plutôt qu'une maladie doit être considéré comme une condition biologique qui, tout en renversant les certitudes établies sur le sexe, entraîne des souffrances pour les personnes qui la subissent». Toutefois, dans une autre partie du même livre, l'accent est mis sur le rejet social en tant que source majeure de la souffrance des personnes trans (Gómez, Esteva de Antonio et Bergero, 2006: 67).

Comprendre la souffrance comme la conséquence du rejet social est incompatible avec la définition du trouble dans le *DSM-IV*, car celle-ci exclut le conflit qu'entraîne la tension entre l'individu et les normes sociales genrées. En outre, si l'on considère que la souffrance des personnes trans n'est pas inhérente à leur condition, mais le résultat du rejet social, on peut lire le processus de transsexualisation comme l'individualisation et

la psychologisation de ce qui n'est rien d'autre qu'une déviance par rapport au genre normatif, dans le sens que l'on traite des phénomènes sociaux comme des problèmes psychologiques individuels. Si l'on soutient que le rejet de l'environnement pousse les gens à vouloir modifier leurs corps, un homme féminin et une femme masculine pourraient, dans un entourage moins transphobe et sexiste, se sentir reconnu·e·s et désiré·e·s, ce qui les aiderait à accepter leur corps. Du moins est-ce là le propos de certaines personnes trans que nous avons interviewées.

En deuxième lieu, bien que les professionnel·le·s ne cherchent pas à imposer leur point de vue mais à accompagner les patient·e·s dans des décisions prises de manière autonome, cette autonomie ne va pas de soi dans la pratique. D'abord, parce que la relation est inégale, c'est le/la professionnel·le qui a le pouvoir de décider si une personne est transsexuelle ou non. Généralement, il est considéré que «la subjectivité de cette dernière peut déformer la vision qu'elle a d'elle-même» (Gómez, Godàs et Peri, 2006 : 141), mais jamais, en revanche, il n'est envisagé que la subjectivité du/de la professionnel·le déforme la réalité de la personne trans. Dans notre analyse des stéréotypes de genre et de l'hétérosexisme, nous avons vu pourtant que cela pouvait être le cas.

En résumé, ce sont donc des critères d'évaluation neutres et objectivement fixés qui prétendent guider les spécialistes. Cependant, les professionnel·le·s reconnaissent que leur position conduit souvent les personnes trans à «une certaine appréhension ou peur», celles-ci les voyant «plus en juges qui décident de leur avenir, qu'en personnes dont le rôle est d'aider et de participer au processus qui aboutira à une prise de décision fondamentale pour les patient·e·s» (Gómez, Godàs et Peri, 2006 : 141-142). Cette méfiance est considérée comme un obstacle pour que patient·e·s et médecins «collaborent dans un processus de participation active au sein duquel les objectifs, les options et le plan d'action seront établis d'un commun accord». Nous croyons qu'il est contradictoire de soutenir cette approche sans remettre en cause la logique qui détermine les positions de thérapeute et de patient·e, extrêmement inégales. Les personnes trans expliquent généralement qu'elles sont conscientes de cette inégalité de pouvoir et ne peuvent l'oublier. Elles affirment avoir cette idée présente tout au long de leurs rencontres avec les psychologues et les psychiatres. Par exemple dans l'un de nos entretiens, Andrea, une jeune fille en attente pour une intervention chirurgicale, décrit l'évolution de sa perception du rôle des professionnel·le·s :

Au début, l'expérience dans l'UTIG a été bonne. Ça fait plaisir qu'ils t'aident et qu'ils aident tes parents. Maintenant ce n'est plus le cas, car on dirait qu'ils veulent contrôler ta vie comme si tu étais un malade qui ne sait pas quoi faire.

Q. : *Quel genre de questions vous ont-ils posées au départ ?*

Ben, si ce qui m'arrivait était normal, s'il y avait beaucoup de gens dans la

même situation, si c'était vraiment ce qui m'arrivait ou pas, etc. Même si à la fin c'est toi qui prends la décision. Moi ce qui m'a vraiment aidée, c'est de parler à d'autres filles trans à travers le Messenger parce que je voyais que presque tout coïncidait. Et à chaque séance, j'y allais avec plus de confiance par rapport à ce que j'étais et à mon but, qui était d'obtenir le traitement hormonal. À la fin, je les voyais plus comme un obstacle que comme une aide, parce que s'ils ne disaient pas que j'avais besoin d'un traitement hormonal, je ne pouvais l'avoir en toute sécurité, contrôlé par un endocrinologue. [...] Je sentais que je devais les convaincre de quelque chose que moi je savais déjà. Je devais donner les «bonnes réponses» aux questions pour pouvoir enfin prendre des hormones.

Q. : Avez-vous eu le sentiment qu'il dépendait de leur volonté de vous donner ou pas les hormones ?

Oui, et il est scandaleux que mon bonheur dépende d'une autre personne, dépende de si cette personne comprend ce que je suis. Il semble même ridicule de le dire.

Cette jeune femme affirme que pour atteindre son objectif, elle dû exagérer et parfois mentir, et estime que le rôle des spécialistes de la santé mentale devrait se limiter à aider la personne face à la pression sociale, et non pas à décider si elle est «vraiment» une personne transsexuelle :

Je pense que le rôle d'un-e psychologue est d'assister et de répondre à certains doutes, mais jamais de décider quelque chose par rapport à toi : tu te sens comme manipulée et cela te fait te sentir malade. (Andrea, femme trans)

Ordonner la diversité

Enfin, le principe du respect de la diversité et de la singularité des patient·e·s se trouve contredit, dans le discours psychologique, par le recours à des taxinomies qui classent dans des cases fermées les expériences individuelles ainsi que les priorités de la chirurgie du changement de sexe, ce qui limite la diversité des options prises par les personnes trans. En bref, nous pensons que les professionnel·le·s tentent de promouvoir une normativité dans cette diversité : les diverses façons de s'identifier et de désirer sont réduites à une gamme de catégories fixes et bien délimitées, et face au désordre que pourrait supposer la non-correspondance entre le sexe et le genre, la transformation du corps est promue. Nous allons ici nous concentrer sur la pression que les professionnel·le·s exercent sur la transformation du corps et, par la suite, examiner quelles sont les positions des associations militantes et des personnes trans interviewées face à l'obligation de cette transformation.

On peut argumenter que les professionnel·le·s et les directives internationales violent le principe du respect de la diversité. Cela est principalement dû au fait que le changement de sexe est conçu comme inhérent à la transsexualité. Dans les *Standards of Care*, il est dit que le/la thérapeute

doit aider le/la patient-e à établir des objectifs réalistes, à prendre en considération les complications que cette intervention peut causer, tant au niveau social qu'au niveau de la santé, et à comprendre qu'aucune opération ne peut «éradiquer définitivement tous les vestiges du sexe d'origine de la personne». En dépit de ces principes, les *Standards of Care* et les discours des professionnel-le-s configurent la réassignation sexuelle comme un élément indissociable de la transsexualité. Cela se traduit par le fait de considérer que toute personne «véritablement transsexuelle» veut se faire opérer les organes génitaux. La psychologue clinicienne interviewée conçoit qu'une personne trans ne veuille pas se faire opérer uniquement lorsqu'il s'agit d'une travailleuse du sexe, dont le refus serait dû à un manque de ressources, à la peur ou au fait que l'opération ne la satisfait pas techniquement. En aucun cas il n'est envisagé qu'une personne se sente femme mais ne veuille pas se faire castrer, ou se sente homme et puisse jouir de son corps sans besoin d'une réassignation sexuelle. La relation entre le transsexualisme et le changement de sexe est essentialisée en déclarant, par exemple, que «l'hystérectomie et l'ovariectomie sont des interventions nécessaires dans le traitement de patients de femme à homme» (Garrido, 2006 : 288). Cette affirmation ne tient pas compte du fait que, par exemple, pour certains hommes trans, il n'est pas du tout nécessaire d'adapter ces organes à la capacité d'engendrer.

De même, le critère d'informer de façon réaliste ne s'accomplit pas non plus. Parmi les professionnel-le-s, il existe un consensus autour de l'idée que la façon de soulager la souffrance des personnes trans est d'établir une correspondance entre le sexe et le genre à travers la transformation du corps. Ainsi, il est prévu que la souffrance vécue par les personnes trans disparaisse avec le traitement, ce qui contribue à surestimer les effets de l'opération, en niant que la souffrance puisse persister, voire même augmenter après la transformation du corps.

On constate également une tendance à minimiser ou directement à négliger les effets secondaires de l'opération et du traitement hormonal. Ainsi, la psychologue clinicienne interviewée explique que «la vaginoplastie est maintenant parfaite, et qu'au bout de six mois, il y a déjà une réponse orgasmique», que les opérations sont très «contrôlées». Lorsque nous lui demandons pourquoi tant de personnes trans disent avoir perdu la capacité d'éprouver du plaisir sexuel, elle répond que cela n'est pas vrai. Par ailleurs, à la question de savoir s'il arrive qu'après avoir terminé l'opération, la personne sente un rejet ou regrette de l'avoir fait, elle répond n'avoir jamais rencontré de tels cas. Cette même logique de la négation apparaît lorsqu'on pose des questions sur les effets secondaires du traitement hormonal.

Plusieurs de ces déclarations peuvent être questionnées. Tout d'abord, indiquer que les opérations sont très contrôlées signifie ignorer que les personnes transsexuelles voulant être opérées se tournent souvent vers des chirurgien-ne-s du secteur privé qui ne leur donnent aucune garantie, ou se

rendent dans des pays où les professionnel-le-s peuvent être bons, mais où il n'y a ni suivi postopératoire, ni garanties si l'intervention se passe mal. Deuxièmement, ce que la psychologue clinicienne appelle «réponse orgasmique parfaite» se traduit, selon les experts Ibáñez, Giraldo et Cagigal (2006 : 217), en une «capacité fonctionnelle à atteindre l'orgasme, qui varie entre 80% et 95%». Quoi qu'il en soit, si on regarde ce qu'expliquent de nombreuses personnes transsexuelles opérées, ce n'est pas seulement une question de capacité à avoir un orgasme qui se joue, mais une perte d'intensité, de fréquence et de contrôle. Troisièmement, la psychologue ne fait aucune mention des complications possibles qui peuvent résulter de l'opération et de l'hormonothérapie. Bien que le ton général du livre *Ser Transsexual* suive cette même tendance à vanter les avantages de l'opération, les chapitres sur les interventions de réassignation sexuelle reflètent les complications possibles. Dans le cas du travail de terrain, nous avons rencontré plusieurs personnes qui ont subi des effets secondaires du traitement hormonal malgré le suivi médical d'un endocrinologue : le cas le plus grave concerne un homme trans recevant un traitement de Testogel qui a failli lui provoquer une fissure au cœur.

Par ailleurs, notre enquête de terrain nous a permis de constater que certaines personnes regrettent de s'être soumises à une opération chirurgicale. Le refus de reconnaître ces cas-là par la psychologue interviewée peut être dû à plusieurs raisons : à sa méconnaissance (toutes les personnes trans ne font pas de suivi psychologique après la chirurgie), au fait que les personnes qui regrettent ne l'avouent pas (de la même façon qu'elles cachent d'autres aspects dans le but de cadrer avec le discours hégémonique), à sa volonté de ne pas en parler pour présenter une image non problématique du processus, ou, enfin, à l'absence de canaux permettant aux personnes opérées d'exprimer (voire de ressentir) le regret, la frustration ou la douleur (postopératoire). Celle-ci est même invisibilisée, comme l'illustre clairement notre entretien avec la psychologue clinicienne :

Q. : *Pensez-vous que les gens sont conscients, quand ils se soumettent à la réassignation sexuelle, des risques qu'elle comporte, ou au contraire, sont-ils tellement sûrs de vouloir le faire qu'aucun argument ne les dissuaderait ?*

[Il n'y a] même pas de douleur, vous voyez ?

Q. : «Douleur» dans quel sens ?

Il n'y a pas de douleur physique.

Q. : Ils n'en parlent pas ou... ?

Non, non. C'est-à-dire, imaginez ce qu'on vous fait, imaginez ce type d'intervention, n'est-ce pas ? Et quand vous dites : «Bon, comment se passe la récupération, la douleur ?» «Rien, rien.» C'est-à-dire que le désir, l'illusion sont tellement forts, que la douleur disparaît... Pas de douleur, il n'y en a pas, il n'y en a pas.

On dit que la douleur est une émotion, eh bien... [elle rit] il y a une autre émotion qui la dépasse.

Q. : *Exactement [elle rit], il y a une autre émotion qui inhibe la douleur.*

La défense de l'opération et de l'hormonothérapie par les professionnel-le-s est en contradiction avec le principe d'informer le ou la patiente de façon réaliste afin de l'aider à prendre des décisions de façon impartiale et sans privilégier aucun traitement.

Bien que les spécialistes de la santé mentale adhèrent à l'idée que chaque patient-e est unique et doit suivre son propre chemin sans pression, la plupart des personnes que nous avons interrogées individuellement ou qui ont participé aux groupes de discussion que nous avons mis sur pied expliquent avoir subi des pressions de la part de psychologues et de psychiatres à un moment donné au cours du traitement. Ces pressions incitent notamment à expérimenter «la vie réelle» :

La docteure a dit récemment à une des filles trans : «Si vous ne vous habillez pas en femme, je ne vous fais pas l'hormonothérapie.» (groupe de discussion 3, hommes trans)

L'hormonothérapie est également soumise à la volonté des professionnel-le-s qui peut entrer en collision avec celle des patient-e-s. Par exemple, beaucoup de personnes trans choisissent de prendre des hormones de façon intermittente pour nuire le moins possible à leur corps, une option qui est incompatible avec la position des professionnel-le-s, qui renoncent à les traiter, les conduisant ainsi à l'autohormonation.

Une femme trans qui a participé à un atelier a déclaré se sentir poussée à subir une opération de réassignation sexuelle :

J'ai visité beaucoup de psychologues, et j'ai toujours eu une bonne relation, très bonne, mais j'ai toujours l'impression qu'ils ont tout le temps cette idée qu'il faut subir une opération. Et à certains moments en parlant avec eux, j'ai eu le sentiment qu'ils me poussaient pour que je me fasse opérer. La décision, c'est moi qui l'ai prise, mais j'ai été surprise que des spécialistes de la santé adoptent ce point de vue là... Je ne sais pas s'ils le faisaient consciemment ou pas, mais parfois j'avais le sentiment que cela m'affectait, qu'ils me poussaient vers ça et cela m'a bouleversé... Et j'ai pensé : «J'ai l'âge que j'ai, mais s'ils le font à quel-qu'un de seize ans...» (groupe de discussion, femmes trans)

Ces exemples, parmi d'autres que nous avons recueillis, montrent que la recommandation d'accompagner le ou la patiente sans lui imposer un point de vue et en lui permettant de prendre ses propres décisions, n'est pas toujours appliquée dans la pratique. Il apparaît plutôt que la fonction des professionnel-le-s consiste à déterminer si les personnes sont

véritablement transsexuelles et, dans le cas d'une réponse affirmative, à promouvoir le processus de transformation corporelle afin qu'elles puissent incarner dans leur corps l'identité de genre correspondant à leur vécu.

Conclusion

Pour conclure, nous allons synthétiser les résultats de notre enquête qui montrent comment la façon de guider le processus médico-légal de transsexualisation dans le contexte espagnol reproduit la transphobie et le genre normatif.

Premièrement, le lien entre sexe (femelle et mâle) et identité de genre (femme et homme) est pensé comme nécessaire. Cela place dans le domaine du trouble mental le manque d'identification avec le genre attribué en fonction du sexe. La relation femelle/femme et mâle/homme est ainsi réifiée, tout en invisibilisant sa nature socialement construite. En identifiant la transsexualité comme une maladie, ce discours contribue à la stigmatisation des personnes trans et les infériorise. Cette infériorité implique que, dans le contexte espagnol, une personne ne peut pas décider de changer la mention du sexe sur ses documents juridiques sans avoir d'abord suivi un processus d'examen médical, qui peut s'étirer sur deux ans à partir de l'âge de la majorité.

Deuxièmement, le discours médical sur la transsexualité sous-tend une conception du genre qui contribue à faire des différences entre femmes et hommes des éléments fixes et invariables, enracinés dans des raisons purement biologiques. En ce sens, il s'agit à nouveau d'une réification, car ce discours biologisant nie la capacité d'intervention humaine à changer les inégalités et les différences entre femmes et hommes.

Troisièmement, il maintient une structure rigide binaire selon laquelle il n'y a que deux catégories de sexe et deux identités de genre clairement délimitées. En découle l'invisibilité des parcours des personnes trans qui ne vivent pas une réassignation sexuelle ou qui ne reproduisent pas de façon conventionnelle leur identité de genre.

Toutefois, ce discours n'est pas complètement statique, car dans les trente dernières années, l'approche du traitement de la transsexualité dans le contexte espagnol a quelque peu changé. On est passé de tentatives visant à réprimer l'identité de genre des personnes trans à l'approche actuelle où les professionnel-le-s de la santé jouent le rôle de *gate keepers*, en donnant accès à la modification de l'identité juridique et aux processus de transformation du corps, même si elles et ils s'appuient sur une conception biologique de la transsexualité qui reproduit les différences entre femmes et hommes et exclut les personnes vivant leur corps et leur genre de manière non normative.

De notre point de vue, la dépathologisation de la transsexualité est plus difficile à atteindre que celle de l'homosexualité, car la première implique un élément plus central du système de genre (l'adéquation sexe/genre et sa naturalisation), et parce que les processus corporels réclamés par un grand nombre de personnes trans requièrent le savoir et la pratique médicaux. Mais depuis 2007, une partie du militantisme trans de Barcelone, prenant comme référence le mouvement français, a élaboré une critique plus forte du discours pathologisant. L'émergence de ce nouveau discours tenu par les militant·e·s trans commence à avoir une influence sur les discours des professionnel·le·s de la santé spécialisé·e·s en transsexualité. ■

Traduit de l'espagnol par Marta Roca i Escoda