

La psychiatisation des Trans'

Petit lexique

Nous parlons de “transidentité” car c'est une identité, non une sexualité. Transidentité au sens des identités trans', qu'elles soient transsexes ou transgenres. De même, nous avons remplacé “transsexuel” par “transsexe” car ce n'est pas une sexualité et que le terme “transsexuel” est impropre parce qu'il est construit sur le modèle “homosexuel” et “hétérosexuel”. Le terme “transsexe” est construit sur le modèle “transgenre”. Nous disons les “personnes trans” (avec une apostrophe) quand nous parlons des “personnes transsexes et transgenres”. Comme vous le savez, les trans' peuvent être hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, asexuels... Nous n'utilisons plus “transsexualité” et si possible “transsexualisme” que nous réservons au corps médical, les deux étant remplacés par “transidentité”.

La psychiatisation dans les faits

La transidentité est encore classée parmi les maladies mentales que ce soit dans la classification étasunienne le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM-IV)[1] qui est mondialement utilisée ou celle, internationale, de l'OMS la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision (CIM-10/ICD-10)[2].

Mais il n'en a pas toujours été ainsi[3]. Avant les années 60, les personnes trans' se procuraient leurs hormones à la pharmacie ou elles étaient en vente libre. Elles ne consultaient pas de psychiatre. La transidentité n'était pas reconnue par la sécurité sociale et les trans' finançaient toute leur transition. Les personnes qui en avaient les moyens pouvaient se faire opérer quand c'était possible. On faisait la queue chez George Burou qui exerçait à Casablanca au Maroc. La transidentité était mal perçue par la société, elle était considérée comme déviante, elle l'est toujours. Les personnes trans' pour la plupart perdaient leur emploi. Quelques-unes travaillaient comme artiste dans des cabarets, mais la très grande majorité des autres se prostituaient. Même si le RMI a permis à de nombreuses personnes de ne pas faire cette activité alors qu'elles ne le désiraient pas, il y en a encore des personnes qui doivent y avoir recours alors que ce n'est pas leur choix afin de payer un loyer devenu trop cher ou des factures de gaz et d'électricité incompressibles. Quand on est au SMIC on ne trouve pas de logement, même parmi les moins chers, pénurie et inflation des prix obligent! Alors les RMIstes...

Puis les psychiatres se sont emparés de la transidentité, ils se sont auto proclamés compétents. Ils ont décidé que c'était une maladie mentale et ils ont obtenu la prise en charge par la sécurité sociale en échange du contrôle des transitions. Ils décident des critères, de ce que doit être un homme, une femme, de qui fera une transition. L'obligation de passer par l'un d'entre eux pour obtenir des hormones a permis à certaines personnes de faire leur transition alors qu'elles n'auraient pas pu la financer mais un grand nombre qui avait auparavant accès aux hormones n'a plus pu s'en procurer. Les psychiatres ont mis en place des équipes médicales officiant en hôpital public qu'ils ont prétendues officielles. Ces équipes médicales hospitalières ont créé des protocoles qu'elles ont tenté d'imposer à touTEs. Elles se sont placés dans diverses

instances décisionnaires de la sécurité sociale et du Conseil de l'ordre des médecins et ont imposé leur vision rigide de la prise en charge des personnes trans'. Elles utilisent la sécurité sociale et le Conseil de l'ordre des médecins pour faire pression sur les rares médecins qui ne sont pas d'accord avec leur vision et qui acceptent de suivre des personnes trans' d'une façon plus souple. Certains de ces médecins ont arrêté sous la pression. Ces équipes médicales hospitalières donnaient les autorisations de traitement au compte goutte aux personnes trans'. Il fallait consulter pendant plusieurs années avant d'obtenir les hormones et encore quelques autres années pour la chirurgie. L'état civil était rarement modifié surtout entre 1960 et 1992. Un trafic d'hormones s'est mis en place. Les personnes qui en avaient les moyens ont continué à faire leur transition et à se faire opérer hors de France. Dans les années 90, des associations se sont créées et la résistance a commencé à s'organiser. La qualité de la chirurgie en France s'est dégradée suite au départ à la retraite des premiers chirurgiens des équipes médicales hospitalières, leurs successeurs étant moins intéressés. Le personnel soignant mal informé était et est encore souvent dérangé par les soins sur les parties génitales modifiées. En 1992, la Cour Européenne des Droits de l'Humain (Homme) a condamné la France, ce qui a obligé la Cour de cassation à modifier sa jurisprudence. Des médecins compatissants ont résisté aux pressions et aidé des trans' et des alternatives aux équipes médicales hospitalières se sont progressivement mises en place. Des jugements ont été gagnés par des trans' contre la sécurité sociale qui ne voulaient pas les prendre en charge en leur opposant une circulaire illégale, d'autres ont obtenu des prises en charge de leur chirurgie hors de France. Les informations circulent sur internet et dans les associations. Mais rien n'est gagné, la contre attaque est en route. La HAS (Haute Autorité en Santé) planche sur une prise en charge qui prendra la forme d'un protocole de soins. Certains membres des équipes médicales hospitalières font un fort lobbying et se sont fait nommer dans des services décisionnaires. On leur doit la réforme de l'ALD en 2005 dans laquelle la transidentité est psychiatisée.

En final je vous parlerais d'un cas dramatique et historique.

Petit retour en arrière. En 1984, dans le DSM-III-R[4], l'American Psychiatric Association (APA) définissait le "transsexualisme" dans les:

«**TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE.**

[...]

302.50 Transsexualisme

A. Sentiment persistant d'inconfort et d'inadéquation par rapport à son sexe désigné.

B. Désir persistant, pendant au moins deux ans, de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires.

C. Le sujet a atteint l'âge de la puberté.

Spécifier la tendance sexuelle antérieure: asexuelle, homosexuelle, hétérosexuelle, ou non spécifiée.»

En 1994, dans le DSM-IV[5], l'American Psychiatric Association a fait évoluer sa définition toujours classée dans:

«**F64.x [302.xx] TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE.**

A. Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concerne pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe).

[...]

Chez les adolescents et les adultes, la perturbation se manifeste par des symptômes tels que l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe, l'adoption fréquente des conduites où on se fait passer pour l'autre sexe, un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe, ou la conviction qu'il (ou elle) possède les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe.

B. Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante.

[...]

Chez les adolescents et les adultes, l'affection se manifeste par des symptômes tels que: vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires (p. ex. demande de traitement hormonal, demande d'intervention chirurgicale ou d'autres procédés afin de ressembler à l'autre sexe par une modification des caractères sexuels apparents), ou penser que son sexe de naissance n'est pas le bon.

C. L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite.

D. L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

[...]

Spécifier (pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle):

Attiré sexuellement par des hommes

Attiré sexuellement par des femmes

Attiré sexuellement par les deux sexes

Attiré sexuellement ni par un sexe, ni par l'autre.»

La numérotation a changé pour se caler sur celle de l'OMS.

Notons que c'est en 1973 que l'American Psychiatric Association a voté l'élimination de l'homosexualité du DSM II sous la forte pression des associations gays et lesbiennes, une partie des membres de l'APA étant elle-même concernée. En 1980, le terme «*d'homosexualité égo-dystonique*» figurait encore dans le DSM III. C'est seulement en 1987 que toute référence à l'homosexualité comme maladie mentale a disparu du DSM (dans la version III-R). Quand les homosexuelLES en sortaient, les trans' y entraient.

Il y a aussi le projet d'y faire entrer les intersexes sous le terme de «*Désordre du Développement Sexuel (DDS)*» ou «*Disorder of Sexual Development (DSD)*». Veillons donc, avec eux, à ce que cela ne se fasse pas.

En France, c'est en 1982 que Robert BADINTER fait dépénaliser l'homosexualité[6], et c'est en 1983 que Jacques RALITE la fait supprimer de la liste des maladies mentales française.

En 1993, dans son chapitre V[7] de la CIM-10 (Critères diagnostic pour la recherche)[8], l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le “transsexualisme” comme suit:

«F64 TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE

F64.0 Transsexualisme

A. Désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe

opposé. Ce désir s'accompagne habituellement du souhait de transformer son corps pour le rendre aussi conforme que possible au sexe préféré, et ce, grâce à la chirurgie ou à un traitement hormonal.

B. L'identité de type transsexuel est présente, de manière persistante depuis au moins deux ans.

C. Le trouble n'est ni un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie ni associé à une anomalie chromosomique.»

Toujours en 1993, dans son chapitre V de la CIM-10 (Descriptions clinique et directives pour le diagnostic)[9], l'OMS précise:

«F64 TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE

F64.0 Transsexualisme

Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.»

«F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic; il ne suffit pas qu'une fille soit simplement un "garçon manqué" ou qu'un garçon soit une "fille manquée". Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou pré-pubères ne doivent pas être classés ici, mais en F66.-.»

La transidentité n'est pas une maladie mentale. Plutôt que de «**dysphorie de genre**» ou «**trouble de l'identité de genre**», ou pire, «**trouble de l'identité sexuelle**», il est plus approprié de parler «**d'identité de genre non conforme au sexe biologique**»: le sexe biologique de la personne concernée ne correspond pas au genre auquel elle s'identifie. La transidentité n'est pas une pathologie au sens propre mais elle nécessite des soins médicaux, tout comme la grossesse, l'IVG, la PMA, l'obésité. Ce n'est pas une dysphorie de genre, c'est le fait que l'identité de genre ne soit pas en concordance avec le sexe anatomique qui fait qu'il y a souffrance. C'est aussi le fait que cela ne soit pas facilement accepté dans notre société qui est trop binaire: deux sexes, deux genres, deux attirances amoureuses et sexuelles...; société hétérocentrée, hétéronormative, patriarcale, sexiste, puis homophobe, lesbophobe, biphobe, transphobe, intersexophobe ou intersexiste. La majorité hétéro s'est attribuée le statut de "norme" alors qu'elle n'est que majorité. Les minorités ne sont pas anormales, elles sont juste minoritaires. Toute l'éducation repose sur les stéréotypes de la majorité qu'elle intègre comme étant des "normes", d'où une forte contrainte à la "normalité"! C'est pourquoi les minorités vivent mal d'être dans la minorité et d'être considérées comme "anormales". Le rejet par la société d'une personne parce qu'elle n'est pas dans la "norme", donne la honte de soi. En quoi les minorités sont-elles une menace pour la majorité?

Quelle que soit l'origine de la transidentité, on ne choisi pas d'être trans', pas plus que d'être homosexuel ou gaucher. On a tendance à oublier que ce sont d'abord des enfants qui ont ce problème identitaire. A force d'être rejeté et discriminés parce qu'ils sont différents, les trans' ont souvent une mauvaise image d'eux-mêmes. Ils ont intégré le fait d'être une mauvaise personne dès l'enfance. C'est la transphobie intériorisé.

En 2004, lors de la révision de la liste des affections comportant un traitement prolongé[10], parmi lesquelles les «*affections psychiatriques de longue durée*», la France a décidé de reprendre les définitions de la CIM-10 de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) mais sans les reproduire littéralement. Finalement, elle a fait sa propre rédaction en remplaçant «*Troubles de l'identité sexuelle*» par «*Troubles précoce de l'identité de genre*»[11]. Au passage, elle a rajouté «*précoce*» avec l'intention d'exclure les personnes qui n'ont pas montré une identité de genre non conforme à l'assignation dès l'enfance.

Dépsychiatisation de la transidentité

Depuis qu'elle existe, la psychiatrie a été utilisée par les états pour définir ce qui est "normal" ou pathologique, ce qui acceptable ou inacceptable. On a donc pathologisé ce qui ne convient pas à la morale, à la majorité, ce qu'on ne comprend pas et qui dérange, afin maintenir un certain ordre. L'homosexualité, l'autisme, la transidentité, certaines formes de pratiques sexuelles qui n'aboutissent pas à la procréation (BDSM[12], sodomie, jeux sexuels...), la maladie de Gilles de la Tourette, etc.

Les malades mentaux ont mauvaise réputation et sont marginalisés par la psychiatisation. Pourtant ils n'ont pas choisi d'être malade, ils n'ont pas d'emprise sur leur pathologie. Reproche t-on à quelqu'un d'être cardiaque ou diabétique! Pourquoi en vouloir aux malades mentaux? Parce qu'ils sont trop différents, trop étranges! C'est aussi une forme de racisme. Quant aux personnes qui se développent d'une façon "marginale", c'est à dire d'une façon non conforme à une majorité, c'est la société qui les "fabrique", elle se doit donc de ne pas les exclure, de ne pas les juger.

Sortir la transidentité de la liste des maladies mentales est fondamentale pour l'évolution de nos droits. Où en seraient les droits des lesbiennes et gays si l'homosexualité était toujours psychiatisée? Pour les mêmes raisons, ne pas y faire entrer les intersexuations est tout aussi fondamental pour les intersexes.

Déclassifier la transidentité de la liste des maladies mentales ne veut pas dire démedicaliser. Nous avons besoin de soins (hormones, épilation définitive, chirurgie...), d'accompagnement psychologique, ça ne veut pas dire que nous avons une maladie mentale. Un travail psychologique sur la déconstruction des "normes", de la honte de soi, du sentiment d'être une mauvaise personne, de ne pas digne d'être aimé... est souvent utile. Aucune thérapie n'a guérie une **identité de genre non conforme au sexe biologique**, mais depuis plus de 50 ans, les hormones et la chirurgie (pour les trans' qui le souhaitent) améliorent considérablement leur vie. Pourquoi nous refuser ce qui nous aide le plus? Pourquoi vouloir contrôler nos corps et nos identités?

Par ailleurs, pour que la transphobie soit reconnue comme une discrimination, il faut commencer par abolir son plus grand obstacle: la psychiatisation des trans'. On ne discrimine pas des malades mentaux. Tant que la transidentité sera un «*trouble psychiatrique de longue durée*», les trans' seront des personnes sans droit qu'on pourra discriminer en toute impunité. N'oublions pas qu'il y a des trans' qui se font agressés, assassinés parce qu'ils sont trans'.

Quand on se rappelle comment étaient traités les enfants gauchers ou les enfants adultérins dans les années 50, par manque de connaissance ou pour des raisons morales et comment on considère ces mêmes personnes dans les années 2000, on peut mesurer l'évolution de la société, de ses mœurs et de ses connaissances. C'est la même histoire qui se répète avec les trans' et les intersexes dont j'ai peu parlé aujourd'hui. Beaucoup de chemin reste à faire pour que les trans' soient considérés aussi bien que les gauchers aujourd'hui.

Aucune majorité n'a raison parce qu'elle est majoritaire. Elle ne doit pas être une "norme" parce qu'elle est majoritaire. Le degré de civilisation d'une société se mesure à sa capacité à intégrer les populations situées aux marges d'une courbe de gaussienne (en cloche) par rapport à la majorité. Ce sont ces populations qui font évoluer les "normes" d'une société. En conséquence, nous avons tout intérêt à connaître et respecter les populations et cultures marginales, c'est à dire minoritaires. Je pense à une société libertaire, une société qui permette à chacun d'y avoir une place, une société sans domination ni discrimination.

J'attire également votre attention sur le fait que les nouvelles dispositions pour l'obtention du passeport sécurisé oblige à fournir une copie d'acte de naissance alors qu'auparavant il fallait fournir un extrait d'acte de naissance. L'extrait d'acte de naissance ne mentionne pas les changements de sexe et de prénoms à l'état-civil tandis qu'elles apparaissent sur la copie d'acte de naissance. Ces nouvelles dispositions entraînent la divulgation d'informations confidentielles (telles que les changements de sexe, les changements de prénoms, les adoptions plénières...) et viole l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Nous demandons, pour l'obtention du passeport sécurisé, que l'on revienne à la fourniture d'un extrait d'acte de naissance ou que les copies d'acte de naissance des personnes trans' ne mentionnent plus les changements de sexe et de prénoms et que les mentions d'adoptions plénières n'y apparaissent plus sur ceux des adoptés.

Cas dramatique et historique

**Société médico-psychologique, séance du 14 janvier 1952
(Annales médico-psychologiques, février 1952, pp. 175-179)**

Examen anatomo-pathologique de l'encéphale d'un dément précoce mort au cours d'une électroanesthésie 23 mois après une lobotomie,
par MM. L. Marchand, J. Rondepierre, P. Hivert et P. Leroy

«L'observation suivante présente un double intérêt : la mort survenue au cours même d'une électro-anesthésie, la localisation et les caractères des lésions cérébrales vingt-trois mois après la lobotomie. Notre intention n'est pas de critiquer des méthodes thérapeutiques qui font chaque jour la preuve de leur efficacité, mais nous pensons que notre devoir est de faire l'étude des cas malheureux, de discuter les moyens de diminuer leur fréquence, de chercher à rendre ces interventions encore plus favorables.

Observation. - L..., âgé de 22 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard le 26 septembre 1946, après un an de traitement psychanalytique.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires avoués, ses parents sont bien portants. Il a un frère de 11 ans qui est normal. Aucune maladie grave durant son enfance ; son développement intellectuel se fit lentement et il obtint avec peine, à 15 ans, son certificat d'études primaires. Ses connaissances scolaires sont restées rudimentaires. Vers l'âge de 18 ans, il se mit à lire des livres de philosophie et de spiritisme. Il apprit assez facilement la photogravure.

D'après ses parents, les troubles mentaux auraient débuté à l'âge de 22 ans, mais en fait ils se sont développés beaucoup plus tôt, comme le montrent les renseignements donnés par le malade lui-même.

A son entrée à l'hôpital, on se trouve en présence d'un jeune homme qui porte une chevelure longue à type féminin.

Il nous dit que, dès l'âge de 4 ans, il était une femme et qu'il avait honte d'être habillé en garçon. A l'école, ses camarades le regardaient drôlement. Il aurait essayé dans la suite de réagir contre cette idée de se croire femme et de se persuader qu'il est un homme, mais en vain. Il a pris des habitudes féminines, il a laissé pousser ses cheveux; plusieurs fois il s'est habillé en femme et s'est maquillé. Il s'est fait épiler la barbe et les poils. A 17 ans, il a "fait le trottoir"; plusieurs fois il s'est fait accoster par des hommes, avec lesquels il eut des rapports homosexuels, jouant le rôle du personnage passif. A 18 ans, il eut cependant des rapports sexuels avec une femme, mais il conservait l'idée qu'il était une femme.

A noter une anesthésie affective complète. Apragmatisme; indifférence concernant son internement. Les réflexes tendineux sont vifs; pas d'autres signes neurologiques. Eréthisme cardiaque.

L... est soumis au traitement suivant : 20 comas insuliniques avec électro-chocs associés. Aucun résultat. En janvier et février 1947, 2° série de 31 comas avec électro-chocs associés, puis une 3° série de 34 comas avec électro-chocs associés. Non seulement on n'obtient aucune amélioration, mais l'état mental s'aggrave progressivement. Les idées de mutation corporelle ne furent plus exprimées. Le mutisme devint presque absolu. En mars 1948, on tente sans succès un traitement de sulfosine.

Une leucotomie est pratiquée le 10 mars 1949; dès que les trous de trépan sont forés, on constate une méningite séreuse légère avec, des deux côtés, une hypervascularisation corticale bilatérale. Aucun incident dans la suite. En juillet 1949, on observe une amélioration transitoire de l'état mental, qui n'a qu'une courte durée. Une cure de 40 comas est bien supportée par le malade. Le mutisme est absolu; le sujet ne mène plus qu'une vie purement végétative. En août 1950, 7 séances d'électro-chocs prolongés sont sans aucun effet.

En janvier 1951, devant l'échec de ces divers traitements, on entreprend un traitement par électro-narcose à raison de deux séances par semaine. Les neuf premières séances se passent sans incident. Le 14 février, au cours de la dixième séance, à la troisième minute, syncope bleue (cyanose de la face); apnée irréductible et arrête du coeur; tentative de réanimation pendant trois heures. Le malade meurt 23 mois après la lobotomie.»

Texte disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/traitmt/trans.htm>

Notes

- [1] Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders = manuel Diagnostique et Statistique des Maladies mentales.
- [2] CIM: Classification Internationale des Maladies = ICD: International Classification of Disorders.
- [3] FOERSTER Maxime, (2006), *Histoire des transsexuels en France*, (essai), Béziers: H&O éditions, 186 p. Préface de Henri Caillavet.
- [4] American Psychiatric Association, (1984), *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM III-R, Critères diagnostic, (Washington DC, 1984), trad. fr.: Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp. 74-77.
- [5] American Psychiatric Association, (1994), *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IV, Critères diagnostic, (Washington DC, 1994), trad. fr.: Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp. 250-252.

-
- [6] Robert Badinter, ministre de la Justice, prononce son discours sur la dépenalisation de l'homosexualité, 20 décembre 1981. C'est le 27 juillet 1982 que l'Assemblée Nationale a voté la dépenalisation de l'homosexualité. Avec l'abrogation de l'article 332-1 du code pénal, l'homosexualité n'est plus considérée comme un délit. Elle sera retirée de la liste des maladies mentales de l'OMS qu'en 1993.
- [7] Chapitre V de la CIM-10 de l'OMS:
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F64 Troubles de l'identité sexuelle
[...]
F64.0 Transsexualisme
F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
[...]
- [8] OMS, (1993a), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10/ICD-10, Chapitre V: Troubles mentaux et du comportement. Critères diagnostic pour la recherche, Genève, Paris, Masson, pp. 192-199.
- [9] OMS, (1993b), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10/ICD-10, Chapitre V: Troubles mentaux et du comportement. Descriptions clinique et directives pour le diagnostic, Genève, Paris, Masson, pp. 123.
- [10] Article D322-1 du code de la sécurité sociale.
- [11] Décret 2004-1049 du 4 octobre 2004 qui définit la liste des affections de longue durée dans une annexe.
- [12] BDSM: bondage, domination, soumission, masochisme.