Université Paris Nanterre

200 av. de la République
92001 Nanterre Cedex
www.parisnanterre.fr

Clinique, Psychanalyse et développement

École doctorale 139 : Connaissance, langage, modélisation

Membre de l'université Paris Lumières

Chrystelle Lagrange

Récits de vie d'adolescent·es et de jeunes adultes transféminines et transmasculins

Thèse présentée et soutenue publiquement le 06/09/2023
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie de l'Université Paris Nanterre
sous la direction du Professeur François Pommier (Université Paris Nanterre)

Jury :

Présidente	Mme Marion Feldman	Professeure, Université Paris-Nanterre
Rapporteure	Mme Michèle Benhaïm	Professeure, Université d'Aix-Marseille
Rapporteure	Mme Giorgia Tiscini	Professeure, Université Rennes 2
Membre du jury	M. David Cohen	Professeur, Université Paris Cité
Membre du jury	Mme Annie Pullen Sansfaçon	Professeure, Université de Montréal

Récits de vie d’adolescent·es et de jeunes adultes transféminines et transmasculins

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu le professeur François Pommier d'avoir accepté de diriger ce travail, et de m'avoir accompagnée durant ces quatre années. Je le remercie de sa confiance et sa bienveillance.

Aux membres du jury, de me faire l'honneur de leur présence ce six septembre deux-mille vingt-trois et de leur intérêt pour cette recherche.

Aux deux membres du comité de suivi de thèse, pour leurs directions de travail et leur soutien au fil des années d'écriture.

Au docteur Agnès Condat, sans qui rien n'aurait été possible depuis le stage de master 2 jusqu'à l'aboutissement de ce travail de thèse ; un infini merci pour sa confiance, son soutien indéfectible, son regard exigeant et bienveillant de clinicienne, chercheuse et psychanalyste.

Mes remerciements très sincères au professeur David Cohen, d'avoir accepté ma présence dans son service, de m'avoir donné les moyens et le temps d'apprendre des aspects complémentaires de la psychologie clinique en participant à la rédaction d'articles avec son équipe. Un grand merci de sa présence à la soutenance de mon travail. Et du sens que cela représente par rapport aux jeunes et aux familles de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière, ressource principale de cette étude.

A mes collègues de l'équipe de recherche de la Pitié-Salpêtrière, thésard·es, clinicien·nes et chercheur·euses qui ont été soutenant·eÎs et présent·es dans les différents temps de réflexion, d'écriture, d'échanges lors des congrès, et à des moments plus informels : Agnès, Fanny, Nicolas, Joy, Julie, Niloufar, Clément, Grégor, Claire. Je les remercie de leur générosité.

A mes collègues des associations de personnes concernées et de la Plateforme Trajectoires Jeunes Trans pour la qualité des échanges professionnels et leur engagement.

A mes collègues de l'école doctorale de Nanterre croisé·es lors des séminaires et des journées d'étude. Vincent, Sarah, Sébastien, et d'autres personnes en début de doctorat.

A Vincent Bourseul, psychanalyste et psychologue clinicien avec qui les discussions sont toujours stimulantes.

A ma famille, mes cousines et mes ami·es qui ont traversé ces quatre années à mes côtés, après ma reprise d'études en psychologie. A mon amie d'adolescence Juliette P. présente depuis les années lycée, à ma grande amie Flora V., et à Philippe A. ami du tatami.

A mon amie et artiste Delphine S. pour le temps singulier qu'elle traverse avec les ténèbres de la maladie.

Et surtout à mon fils Prosper qui vole de ses propres ailes…

« La durée d'une recherche implique un investissement personnel et émotionnel, une allure qui semble parfois rite initiatique. On peut connaître un terrain depuis plus de dix-sept ans et pourtant se retrouver confrontée à une découverte, un renversement de paradigme, au tremblement continu réputé incongru, malvenu.
La raison, certes, met à distance.
Avec l'analyse, on se félicite ici de l'émotion première
qui a déclenché tout un processus éclairant ».

Karine Espineira[1].

[1] Karine Espineira, vol. 1 : *Transidentités. Ordre et Panique de genre. Le réel et ses interprétations*, Paris, l'Harmattan, 2015. vol. 2 : Médiacultures. La transidentité en télévision. Une recherche menée sur un corpus de l'INA (1946-2010), p. 165, Paris, L'Harmattan, 2015.

TABLE DES MATIERES

Remerciements 4
Table des matières 7
Glossaire 16
Introduction 19

Partie 1 : Revue de littérature sur la transidentité 25

Section 1 : lecture biomédicale 29

Chapitre 1 – Historicisation des concepts et leur évolution 29
1.1 Le transsexualisme 29
1.1.1 Historique du concept 29
1.1.2 Premiers changements hormonaux et chirurgicaux 34
1.2 La dysphorie de genre 36
1.2.1 Historique du concept 36
1.2.2 L'identité sexuée à partir de la variation du développement génital 37
1.2.3 Évolution conceptuelle à travers le repérage diagnostique 41
1.3 L'incongruence de genre 49
1.4 Les données démographiques 52
Chapitre 2 – Les hypothèses étiologiques 56
depuis le sexe biologique 56
2.1 Hypothèses hormonales 57
2.2 Hypothèses génétiques 59
2.3 Hypothèses épigénétiques 60

Section 2 : lecture psychanalytique *63*

Chapitre 1 : Les sexes et les genres 65
1.1 La bisexualité 65
1.1.1 La bisexualité psychique 65
1.1.2 La bisexualité et le fantasme 67
1.2 La sexuation 68
1.2.1 Le rapport au phallus 69
1.2.2 Jouissance narcissique et jouissance phallique 70
Chapitre 2 : L'identité du sujet 72
2.1 Le concept d'identité 72
2.1.1 Les composantes de l'identité 72
2.1.2 L'objet a 74
2.1.3 La différenciation et la subjectivation 75
2.2 La constitution du sujet 78
2.2.1 Lien entre identité et narcissisme 78
2.2.2 La constitution du moi 79
2.2.4 Le narcissisme et l'idéal du moi 82
2.3 Les identifications 84
2.3.1 Les identifications à l'adolescence 85
2.3.2 Le genre et l'identité 87
Chapitre 3 : L'identité de genre 88
3.1 Historique de la notion 88
3.2 L'identité de genre selon Jean Laplanche 91
3.3 L'identité de genre selon Jacques Lacan 91
3.4 L'identité de genre selon les études de genre 93

Section 3 : lecture de la prise en soins 98
Chapitre 1 – Historicisation des premiers accompagnements 98
1.1 A l'étranger 98
1.2 En France 100
Chapitre 2 – Les démarches des parcours d'affirmation 101
2.1 L'affirmation sociale 102
2.2 L'affirmation hormonale 103
2.3 L'affirmation chirurgicale 106
2.4 L'affirmation juridique 107
2.5 La préservation de fertilité 108
2.6 Le consentement aux soins 111
2.7 La discontinuité dans les transitions 112
Chapitre 3 – Les recommandations des organisations professionnelles 122
3.1 A l'international 122
3.1.1. World Professional Association for Transgender Health 122
3.1.2 Transgender Europe 124
3.2 En France 125
3.2.1 La Haute autorité de santé 125
3.2.2 L'Académie nationale de médecine 126
Chapitre 4 – Les besoins spécifiques et spécialisés 127
4.1 Les vulnérabilités 127
4.2 Les discriminations 128
4.3 Les cooccurrences psychiatriques 130
4.4 L'accompagnement psychologique 132
4.4.1 De la personne 132
4.4.2 De la famille 133
4.4.3 En groupe 134
4.5 Les hypothèses psychodynamiques 135

Partie 2 : La démarche de l'étude **139**

Chapitre 1 – Le contexte 140
1.2 La rencontre avec la clinique 141
Chapitre 2 – Le champ de recherche 144
2.1 Les problématiques 144
2.2 Les trois axes de conduite des entretiens 145
Chapitre 3 – la méthode (Sibeoni, 2017) 149
3.1 L'analyse phénoménologique interprétative 149
3.2 Le paradigme psychanalytique 152
Chapitre 4 – La conduite de l'étude 154
4.1 L'entretien individuel unique 155
4.2 Les participant·es 157
4.2.1 L'âge des participant·es 157
4.2.2 L'effectif de participant·es 158
4.2.3 Les modalités de l'entretien 158
Chapitre 5 – Comment traiter le matériel 159
5.1 Au-delà du savoir constitué par la littérature 159
5.2 La question du sens 162
Chapitre 6 – La réflexivité 164
6.1 Du point de vue des participant·es 165
6.2 Du point de vue de la chercheuse-clinicienne 166
Chapitre 7 – L'éthique 167
7.1 L'éthique de la recherche 168
7.1.1 Les spécificités de la recherche 168
7.1.3 L'anonymat des participant·es 170
7.1.4 Le consentement des professionnel·les 171
7.1.5 Les démarches à la Cnil 171

7.2 L'éthique du non-savoir 172

Partie 3 : L'analyse des résultats 173

Chapitre 1 : Portraits individuels 175
Portrait n° 1 : Matthias 177
1.1 Le récit expérientiel 178
1.1.1 L'annonce 179
1.1.2 Les changements physiques 180
1.2 Les éléments de discursivité 181
1.2.1 Les temps de l'entretien 181
1.2.2 La position subjective 183
Portrait n° 2 : Yanaël 187
2.1 Le récit expérientiel 187
2.1.1 Surjouer sa féminisation 188
2.1.2 Le choix du prénom 189
2.1.3 L'aide d'une personne tierce 191
2.1.4 Muer jeune adulte 192
2.1.5 Être accepté par sa famille et la société 193
2.2 Les éléments de discursivité 195
2.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 195
Portrait n° 3 : alban 197
3.1 Le récit expérientiel 197
3.1.1 Son deuxième prénom de naissance 198
3.1.2 La féminité 199
3.1.3 Une acceptation parentale délicate 200
3.1.4 La peur de l'exclusion scolaire 202
3.1.5 L'agression 204
3.2 Éléments de discursivité 206

3.2.1 Les temps de l'entretien 206
3.2.2 La position subjective 206
Portrait n° 4 : Laurent 209
4.1 Le récit expérientiel 210
4.1.1 L'appréhension de la masculinisation de la voix 211
4.2 Éléments de discursivité 213
4.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 213
Portrait n° 5 : Victorus 215
5.1 Le récit expérientiel 215
5.1.1 Être considéré pour soi 217
5.1.2 L'acceptation parentale douloureuse 218
5.2 Éléments de discursivité 219
5.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 219
Portrait n° 6 : Ronan 221
6.1 Le récit expérientiel 221
6.1.1 L'enjeu vital de la masculinisation 224
6.2 Éléments de discursivité 226
6.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 226
Portrait n° 7 : Cyprien 229
7.1 Le récit expérientiel 229
7.1.1 L'identification à une personne populaire et à un idéal professionnel 230
7.2 Éléments de discursivité 231
7.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 231
Portrait n° 8 : Agathe 233
8.1 Le récit expérientiel 234
8.1.2 Être dans la norme 235
8.2 Éléments de discursivité 237
8.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 237

Portrait n° 9 : Anaël 239
9.1 Le récit expérientiel 239
9.1.1 Un enjeu vital 240
9.1.2 L'acceptation familiale fragile 241
9.2 Éléments de discursivité 242
9.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 242
Portrait n° 10 : Madelin 245
10.1 Le récit expérientiel 245
10.1.1 La rencontre avec la professionnelle de santé psychique 246
10.1.2 Être soi-même et avoir un bon passing 247
10.1.3 Être respecter par les autres 249
10.2 Éléments de discursivité 251
10.2.1 Les temps de l'entretien 251
10.2.2 La position subjective 251
Portrait n° 11 : Ruben 255
11.1 Le récit expérientiel 255
11.2 Les éléments de discursivité 257
11.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 257
Portrait n° 12 : Tristan 259
12.1 Le récit expérientiel 259
12.1.1 L'enjeu vital des hormones 261
12.2 Les éléments de discursivité 262
12.2.1 Les temps de l'entretien 263
12.2.2 La position subjective 263
Portrait n° 13 : Matthieu 265
13.1 Le récit expérientiel 265
13.1.1 Une corpulence masculine 266
13.1.2 L'identification impossible à la communauté trans 267
13.2 Les éléments de discursivité 269

13.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective 269
Portrait n° 14 : Jean 273
14.1 Le récit expérientiel 273
14.1.1 L'inconfort corporel 274
14.1.2 Être perçu comme un homme 276
14.1.3 Des affects de haine 277
14.2 Les éléments de discursivité 278
14.2.2 La position subjective 279
Chapitre 2 – Les dimensions expérientielles 282
2.1 La dimension corporelle 282
2.1.1 La souffrance 282
2.1.2 La congruence sociale et corporelle 284
2.1.3 Les bénéfices et le confort des chirurgies 285
2.1.4 L'orientation sexuelle 286
2.1.5 La préservation de fertilité 287
2.2 La dimension sociale 288
2.2.1 L'annonce 288
2.2.2 La fratrie et la famille 288
2.2.3 Le choix du prénom 289
2.2.4 La présence d'un·e tiers·ce professionnel·e et/ou pair-aidant·e 290
2.2.5 Le changement juridique 290
2.3 La dimension de la discrimination 291
2.3.1 L'espace familial 291
2.3.2 L'espace scolaire et professionnel 291
2.3.3 L'espace médical 292
2.3.4 L'espace public 293
2.3.5 L'espace communautaire 293
2.3.6 L'espace médiatique 294

Partie 4 : La discussion **299**

Chapitre 1 – L'analyse du contretransfert 300

1.1 L'impact du contexte politique 300

1.2 Questions de métapsychologie 304

Chapitre 2 : Retour sur la démarche méthodologique 306

2.1. La méthodologie phénoménologique 306

2.2 La construction de l'outil et le déroulement des entretiens 308

2.3 L'entretien unique 309

2.4 La constitution de l'échantillon 311

Chapitre 3 – Les enjeux théorico-cliniques 312

3.1 Les notions et concepts depuis les résultats 312

3.1.1 313

La notion d'identité de genre 313

3.1.2 La dépathologisation 314

3.2 Les enjeux contemporains 316

3.2.1 Accroître l'accès au soutien psychosocial 316

3.2.2 Accompagner les retransitions 316

Conclusion 319

Bibliographie 323

Table des annexes 348

Annexe 1 : retranscriptions des entretiens 349

Annexe 2 : représentations graphiques des unités de sens des récits expérientiels 350

Annexe 3 : notes d'information et formulaires de consentement 365

Annexe 4 : Formulaire de consentement 376

de la responsable hospitaliere 376

Annexe 5 : Déclaration à la CNIL du projet 377

GLOSSAIRE

– Cisgenre. On dit d'une personne qu'elle est cisgenre (femme ou homme) si elle est alignée avec son genre d'assignation à la naissance. Ce terme est pensé « en miroir » de la transidentité (avec les préfixes cis et trans).

– Ciscentrisme/cisnormatif. Désigne la tendance à considérer une question par le prisme du genre cis (cf. infra).

– Coming-out. Le terme renvoie à la situation où une personne annonce à quelqu'un·e que le genre qui lui a été assigné à la naissance ne correspond pas à son ressenti intime et personnel. Une personne peut également se faire *outer* par quelqu'un·e auprès d'une ou d'autres personnes.

– Dicklit. Contraction des termes anglais « *dick* » et « *clitoris* », le dicklit correspond à la poussée du clitoris sous l'effet hormonal de la testostérone.

– Deadname ou morinom. Le terme désigne le prénom assigné à la naissance par opposition au prénom choisi.

– Dysphorie de genre. Le terme grec décrit une situation d'inconfort liée à l'écart qu'il peut y avoir entre le genre assigné à la naissance et genre ressenti (et/ou exprimé). Cet inconfort se manifeste notamment par rapport à l'image corporelle, et dans les interactions sociales. Ce terme est aussi un diagnostic médical (DSM-5)[2] qui répond à un certain nombre de critères pour avérer la transidentité d'une personne.

[2] Se reporter à la Partie 1 : Revue de littérature, section 1, chapitre 1, 1.2.3 Évolution conceptuelle à travers le repérage diagnostique pour avoir la définition du terme DSM.

– Expression(s) de genre : expression(s) sociale(s) de l'identité de genre d'une personne depuis l'utilisation du prénom, des pronoms choisis, des vêtements, de la coupe de cheveux, de la voix et/ou des caractéristiques corporelles.

– Identité de genre : expérience intime et personnelle qui correspond ou non au sexe qui a été assigné à la naissance. Sur les aspects du ressenti du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des traitements médicaux, chirurgicaux ou autres). Sur d'autres expressions de genre comme l'habillement, et l'expression de genre personnelle.

– Mégenrer. Traduit de l'anglais *misgender*, le « mégenrage » pour désigner le fait de se tromper dans les pronoms et/ou les accords lorsqu'on s'adresse à une personne.

– Non-binarité. La non-binarité désigne le fait de se définir dans un continuum c'est-à-dire à un endroit entre les hommes et femmes (bigenre), homme et femme (genderfluide), ni homme ni femme (agenre), en-dehors de la binarité homme-femme et du concept de genre (xénogenre). En France, la non-binarité reste le plus utilisé, avec le terme « genderqueer »[3].

– Passing : le fait d'être reconnu·e et identifié·e comme appartenant à un genre social, une classe sociale, une race sociale, etc. par la société, les individus et/ou soi-même.

[3] Nous nous sommes appuyée sur les travaux de Fanny Poirier, docteur·e en psychologie pour construire cet item et sur son travail de doctorat sur la « non-binarité chez les jeunes adultes. Élaboration d'un savoir autour des énonciations non-binaires et perspectives pour la compréhension de l'identité de genre chez tout.e un.e chacun.e », soutenu publiquement le 29 mars 2021, Paris 7, sous la direction des professeur·es L. Laufer et O. Rosemblum, et sur les publications complémentaires (Poirier et al., 2019).

– Personne intersexe : personne née avec des caractéristiques de sexe biologiques qui ne correspondent pas aux normes sociétales ou aux définitions médicales de ce qui fait qu'une personne est un homme ou une femme. Il s'agit d'un spectre ou d'un terme général versus une catégorie unique. Nous le définirons plus précisément à l'appui de la littérature scientifique en partie 1.

– Reconnaissance juridique du genre : elle comprend le nom, la désignation du sexe/genre et les autres informations relatives au genre telles que reflétées dans les prénoms, numéros de sécurité sociale/d'identification personnelle, titres, etc., dans les registres et fichiers publics et sur les documents d'identité (cartes d'identité, passeports, permis de conduire) et les autres documents similaires (diplômes, etc.).

– Retransition et détransition. Une personne peut effectuer une transition et prendre conscience que l'enjeu se situe à l'endroit d'un vécu alternatif de son identité de genre assignée à la naissance ou de son orientation (a-)sexuelle et/ou (a)romantique. De par la richesse de ce qu'englobe la transition, la détransition n'advient pas à un moment donné de la transition et peut aussi bien concerner la transition sociale et/ou administrative et/ou corporelle. Il peut être lié une dimension de regret à la détransition ou non, sans forcément éprouver un sentiment de retour en arrière[4].

– Statut de sexe/genre : sexe juridique qui apparaît sur les documents tels que le certificat de naissance et les documents qui permettent à une personne d'être identifiée (carte de transport, de bibliothèque, etc.).

[4] Ce terme fera l'objet d'une définition plus ample et d'un éclairage depuis les travaux de recherche pertinents (Pullen Sansfaçon et al., 2023). (Cf. Partie 1, section 1, chapitre 3, 2.7 Discontinuité dans les parcours).

INTRODUCTION

Nous rédigeons ces paragraphes liminaires le jour où le Mariage pour tous et toutes « fête » ses dix ans de promulgation. La sociologue du droit Irène Théry souligne le changement majeur de l'institution du mariage : le mariage n'est plus référé à la présomption de paternité mais au « couple duo » (Théry, 17 mai 2023). On entend depuis la référence à l'espace légitime de conjugalité que la question de la différence homme/femme est sous-tendue par les institutions politiques et les normes sociales. Michel Foucault l'a montré dans *La volonté de savoir* (1976) en parlant de la sexualité comme de « la fabrique du sexe » et « des mécanismes qui concourent à le produire » (Potte-Bonneville, 2012, p. 76)[5]. Le sexe devient un emplacement discursif : « Peu à peu, le sexe va devenir le centre de nos vies, va être la base d'une multitude des savoirs et sera surtout le critère fondamental pour établir notre propre identité comme sujets. » (Saez, 2005, p. 46).

Lier les questionnements préalables aux transitions de genre et les parcours des jeunes transféminines et transmasculins à l'actualité nationale situe notre travail de recherche au plus près des normes sociales et des représentations du masculin, du féminin et de non-binarité. Rappelons que les évolutions sociales, juridiques, et sociétales du modèle majoritaire héténormatif et cisnormatif restent le terrain de vifs affrontements : la procréation médicalement assistée, la gestation pour autrui ou l'avortement pour les hommes transmasculins[6], les traitements hormonaux pour les mineur·es, etc.

Par association d'idées, nous avons une pensée pour les personnes victimes de discriminations, dont les personnes trans. Pour celles et ceux qui sont, ou qui ont été, précarisé·es et malmené·es par le rejet et l'ostracisme[7]. Si depuis de

[5] Ce point mériterait d'être développé au prisme des textes foucaldiens sur l'histoire des sexualités et mis en perspective avec les travaux de Pierre Bourdieu (sociologue) pour apporter une lecture critique depuis le champ social et les relations de pouvoir des structures sociales. Ainsi que depuis les travaux de Judith Butler (philosophe américaine) que nous évoquerons pour insister sur la dimension de la performativité du genre.

[6] Un amendement a été déposé par la député Renaissance, Aurore Bergé, le 7 novembre 2022. L'amendement vise à reformuler un alinéa de l'article 66-2 sur l'avortement afin d'exclure les hommes transgenres.

[7] Nous invitons à consulter le Rapport sur les LGBTIPHOBIES.

nombreuses années la visibilité des transitions de genre et des espaces publics inclusifs a augmenté dans la société, force est de constater que la défense des droits humains nécessite d'être renforcée. La multiplicité des expressions de genre ainsi que les positions féminines et masculines plurielles non-cisnormatives restent attaquées, et à la merci de pratiques d'exclusion (Alessandrin, 2016), (Ayouch, 2019).

La barbarie du geste meurtrier, dont les médias se sont fait l'écho, sur la personne de Vanessa Campos (jeune femme péruvienne trans, travailleuse du sexe, migrante)[8], renvoie à tout un·e chacun·e à la haine de l'autre (citoyen·ne, politique, magistrat·e, défenseur·e des droits, chercheur·euse, parent, etc.). Cet acte violent, mentionné ici trop brièvement, n'est pas qu'un « simple » fait divers ; il porte le souffle médiatico-politique d'une idéologique réactionnaire qui gronde à gorge déployée – à l'heure où un collectif franco-belge pluridisciplinaire de professionnel·les de l'enfance et de l'adolescence met en garde sur l'influence des réseaux sociaux[9]. A l'heure où des pratiques de thérapies de conversion ont lieu malgré l'interdiction légale de modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre (promulguée par la loi de janvier 2022[10]). L'évidence est honteusement candide : la reconnaissance juridique du genre ne bannit pas les discriminations contre les personnes trans, intersexes et non-binaires[12].

C'est donc à dessein que nous rapprochons un fait divers honteux[13] et le climat socio-politico-médiatique pour souligner une attaque directe de la dignité humaine. Ce climat de tension n'est sûrement pas sans conséquences sur l'accompagnement des personnes concernées et de leurs familles.

---

https://www.sos-homophobie.org/ et à lire l'intervention retranscrite en ligne des personnes concernées lors des « Journées d'échanges sur la santé Trans » (JEST), 11-12 mai 2023. https://blogs.mediapart.fr/claire-vandendriessche/blog/170523/petite-conversation-ethique-entre-tom-tom-et-nana

[8] https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/03/30/meurtre-de-vanesa-campos-deux-hommes-condamnes-en-appel-a-quatorze-ans-et-dix-sept-ans-de-prison-ferme_6167654_3224.html

[9] https://www.observatoirepetitesirene.org/

[10] *Office of the hight Comissioner*, *United Nations Humans Rights*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/ConversionTherapyReport_FR.pdf
Du côté associatif, nous citons le collectif francophone « Rien à guérir ».

[12] *Special Eurobarometer – Discrimination in the European Union* (2019), Commission européenne, disponible sur : https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/ebs_493_data_fact_lgbti_eu_ en-1.pdf.

[13] Combes, V. (2023). *Psychodynamique de la honte chez les auteurs de comportements violents*. Paris-Nanterre, thèse soutenue le 6 juin 2023 sous la direction du Pr F. Pommier.

Pour regarder par-delà l'hexagone au sein du Conseil de l'Europe trente-neuf états membres, dont la France, disposent d'une procédure juridique ou administrative pour assurer la reconnaissance du genre[16]. En termes de bonnes pratiques, neuf états membres sont dotés d'un modèle d'« autodétermination », avec le degré de maturité de la personne mineure pour principe directeur (Belgique, Danemark, Irlande, Islande, Luxembourg, Malte, Norvège, Portugal, Suisse). On entend par l'autodétermination le fait qu'une personne puisse définir elle-même son identité de genre sans qu'un·e tiers·ce intervienne dans cette détermination. Une telle approche exclut les obligations d'intervention médicale, d'opération ou de stérilisation et autres exigences[18]. En Espagne, certaines communautés autonomes ont adopté ce modèle (dans neuf des dix-sept régions)[19].

Ce long préambule met l'accent (grave) sur les discriminations et campe les vécus expérientiels des jeunes trans dans le respect des droits humains et de la représentation de la diversité. C'est donc depuis les expériences des personnes concernées que nous parlerons, et à l'appui des données de la littérature. Pour continuer à situer ce travail de recherche autour des récits de vie des adolescent·es et des jeunes adultes transféminines et transmasculins, nous introduisons une notion (latérale à notre champ épistémique) utilisée par Edgar Morin : la « complexité » [du latin *complexus* pour ce qui est tissé ensemble]. « Toutefois, la complexité reste inconçue en physique, en biologie et en sciences humaines. » (Morin, 2013, p. 31). Nous mobilisons cette notion pour asseoir le périmètre de cette étude qualitative et mettre la focale sur les interactions pluridisciplinaires des différents champs recouverts par la transidentité : le subjectif, l'intersubjectif, l'intrapsychique, les vécus corporels, les normes autour de la différence des sexes et des genres, et le

[16] Les huit États membres restants sont les suivants : Albanie, Andorre, Arménie, Azerbaïdjan, Hongrie, Macédoine du Nord, Monaco, Saint-Marin. En Hongrie, la loi générale adoptée en mars 2020, qui a remplacé la caractéristique « sexe » (modifiable) par un immuable « sexe attribué à la naissance », a rendu la reconnaissance juridique du genre impossible.

[18] Treize pays se situent bien au-dessus de la moyenne, avec jusqu'à 83 % de personnes favorables en Espagne et à Malte ou 82 % aux Pays-Bas. Dans 15 pays, le soutien est très faible, avec 20 % de personnes favorables en Roumanie, 16 % en Hongrie ou 12 % en Bulgarie.

[19] Le Congrès des députés (chambre basse du Parlement bicaméral espagnol) a adopté définitivement le 16 février 2023.
https://www.lemonde.fr/international/article/2023/02/16/l-espagne-adopte-une-loi-permettant-de-changer-librement-de-genre-des-16-ans_6162092_3210.html

discours sociopolitique évoqué précédemment. Edgar Morin ajoute que « Le propre, non pas de la discipline en soi, mais de la discipline telle qu'elle est conçue, non communicante avec les autres disciplines, fermée sur elle-même, désintègre naturellement la complexité. » (Morin, 2013, p. 29).

Nous ferons ainsi dialoguer la littérature et les expériences des personnes concernées selon une méthodologique phénoménologique et qualitative, au travers des espaces qu'elles traversent : l'intimité corporelle, l'intrapsychique, l'intersubjectif de la sphère familiale et sociale, les institutions médicales et académiques.

– Le premier volet de la revue de littérature s'articule autour d'un tripode : les apports du champ biomédical, de la psychanalyse et de l'accompagnement proposé aux adolescent·es et à leurs familles (médical, chirurgical et des changements sociaux et/ou juridiques). Cette approche d'un matériel de littérature hétérogène pose l'ampleur épistémologique liée à la transidentité. Nous balayerons l'historique des transidentités depuis la lecture de la prise en charge médicale. Il y a quarante-ans la transidentité était un diagnostic psychiatrique, et la France déclassifiait l'homosexualité en tant que maladie mentale (Sironi, 2011, p. 57-109).

L'étude des notions et des concepts fondateurs de la transidentité précèdera l'évolution terminologique des notions relatives à l'identité de genre et à la non-conformité de genre.

Nous montrerons l'extrême complexité de la notion du genre qui, au-delà de la distinction biologique et anatomique, s'abouche avec les représentations sociales. Le genre est supporté par un appareillage discursif, culturel, et par la langue au-delà des idéaux propres à l'imaginaire collectif sociétal. « Si le genre renvoie, par définition, à un ensemble d'attentes, de comportements, de rôles, de statuts et de droits qu'une société attribue aux individus en fonction de leur sexe, il est aussi aujourd'hui l'expression d'une revendication à considérer et à reconnaître l'expression de la multiplicité des identités de genre. » (Gilliot & Chambon, 2023, p. 2).

Nous souhaitons ménager un espace pour ce qui a été repéré par le savoir philosophique, et depuis la position personnelle de Judith Butler, comme le

décentrement d'un à priori héténormatif – qu'il soit pensé ou impensé (Butler et al., 2006)[20].

– La seconde partie de la thèse exposera classiquement la population et la méthodologie. Notre population de recherche est constituée d'adolescent·es mineur·es et de jeunes adultes transmasculins et transféminines. Ils et elles ont affirmé un genre différent du sexe qui leur a été assigné à la naissance. Ces dernier·ières ont été rencontré·es : à la consultation Diversité de genres dans le service de pédopsychiatrie dirigé par le Professeur David Cohen à la Pitié-Salpêtrière, et sur un réseau social communautaire.

Pour faire entendre les voix expérientielles et saisir les modalités des parcours de transition de genre, nous avons privilégié la recherche qualitative à l'appui d'une petite quinzaine d'entretiens de recherche semi-directifs. L'axe des entretiens est le récit de vie depuis le parcours de transition de genre. L'analyse a été conduite grâce à la méthode de l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (Antoine, 2017). La recherche s'inscrit dans un paradigme psychanalytique avec une dimension psychodynamique pour entendre la conflictualité psychique du sujet. Nous porterons une attention particulière à la cartographie du sexuel (Pommier, 2010).

– La troisième partie présentera les résultats des entretiens analysés de façon longitudinale pour chaque sujet interviewé (sous forme de portrait). Au plus près des énoncés et de l'énonciation de chacun·e, nous dégagerons les unités de sens des discours des participant·es. Afin de donner une lecture transversale et dynamique des verbatims, nous procéderons dans un second temps à une lecture croisée des entretiens pour dégager les domaines expérientiels des récits.

– En quatrième partie, nous amènerons un autre outil d'analyse avec le contretransfert pour ouvrir la discussion, et apporter une dimension réflexive supplémentaire aux résultats. L'analyse des contre-attitudes de la chercheuse mettra au jour notre accordage par rapport à la pulsionnalité des jeunes interviewé·es.

[20] Dans l'introduction de la seconde édition de *Trouble dans le genre* (1999), Judith Butler précise que le but de son livre est de réinterroger, depuis sa position de philosophe et d'une minorité sexuelle, le champ des possibles en termes de genre et de sexualité. Sa prise de distance d'un à priori hétérocentré depuis la position de celles et de ceux « qui ont fait l'expérience de vivre comme des êtres socialement 'impossibles', illisibles, irréalisables », Éditions de la Découverte, 2006 pour la traduction française, p. 26.

In fine, il s'agira d'appréhender les liens de complexité et de triangulation entre la notion conceptuelle de la transidentité, la méthodologie phénoménologique et qualitative, et les dires des jeunes qui ont fait l'expérience intime, psychique et sociale d'un « transfuge de sexe » et/ou de genre (Beaubatie, 2021, p. 7-8) depuis l'épistémologie psychanalytique qui oriente notre travail de clinicienne. Suivra une discussion théorico-clinique à la lumière des résultats de recherche et des enjeux contemporains de la transidentité pour les mineur·es et les jeunes adultes à la lumière des perspectives et des limites de l'étude qualitative.

Partie 1 : Revue de littérature sur la transidentité

L'objectif de cette partie est de brosser les concepts et les catégories référentielles de la transidentité. Nous organiserons la revue de littérature depuis une approche pluridisciplinaire : biomédicale, psychanalytique, et prise en soins. Sans perdre de vue la cohérence épistémologique de l'ensemble de l'étude, qui emprunte à plusieurs domaines, nous poserons les données démographiques avant de définir la terminologie des champs du sexe, du genre, de la sexualité, et de l'identité de genre. Les hypothèses biologiques et psychopathologiques nécessaires à la compréhension de notre sujet seront rapportées depuis la littérature avant de brosser les différents accompagnements qui peuvent être proposées aux personnes concernées et à leurs familles.

Ces démarches intègrent les recommandations des sociétés savantes et des apports de la littérature internationale. La recension des articles scientifiques a été réalisée à partir de l'actualisation d'une revue de littérature que nous avons corédigée avec Nicolas Mendès et Agnès Condat (respectivement docteur en psychologie, et pédopsychiatre et psychanalyste) (Mendes et al., 2016), et d'un article princeps de Kenneth Zucker « *Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5* » paru en 2013 (Zucker et al., 2013). Ce corpus a été actualisé par les travaux recherchés sur les bases de données PsychInfo, Med-line PubMed et Cairn, depuis les références psychanalytiques d'auteurs classiques et contemporains, et à l'appui de la littérature des personnes concernées.

En deux décennies, la compréhension des dénominations du sexuel et du genre ont grandement évolué. Elles sont passées d'un usage médical pathologique psychiatrique, qui reposait sur un modèle binaire (le transsexualisme) à un spectre

de l'identité de genre (la transidentité) (Knudson, 2020). Désormais, l'ensemble de la communauté scientifique internationale s'inscrit en faux contre l'idée d'une pathologie de l'identité et considère qu'il s'agit d'intégrer des aspects émotionnels et motivationnels des personnes (Agana et al., 2019). Nous serons attentive à la littérature produite par les personnes concernées pour situer le genre et les enjeux des transitions depuis leurs vécus. Nous précisons que la transition sociale n'est pas toujours suivie d'une transition médicale et/ou juridique (Erickson-Schroth, 2022)[22].

Si le préfixe « trans » est associé à la sexualité dans les années cinquante, il faut attendre les années soixante-dix pour qu'il soit référé au genre dans le contexte international. Les associations de personnes concernées ont médiatisé les parcours d'affirmation depuis les années soixante-dix, et ont partagé un savoir expérientiel. L'activisme et les revendications des vécus et des trajectoires ont donc permis de prendre en compte de l'identité de la personne.

Nous interrogerons le changement de paradigme de la pathologisation de la transidentité à une approche de la transidentité dite affirmative. Préciser les conceptions de la transidentité et les façons de nommer les personnes trans précèdera le repérage des différents volets de la transition. Aujourd'hui, « Dans les faits identifier le sexe de quelqu'un n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît, et ce d'autant qu'il faut préalablement s'entendre sur ce qu'on cherche à identifier une catégorie de sexes (hommes/femmes dans un système binaire) » (Bereni et al., 2020, p. 16).

Les questions de recherche qui sous-tendent la revue de littérature sont les suivantes : de quelle façon pensons-nous le redéploiement contemporain des statuts du masculin et du féminin à partir des piliers du sexe, du genre et de la sexualité ? Une identité de genre dont les dimensions multifactorielles puisent dans le patrimoine génétique, sociologique et psychologique, et met en jeu une

[22] Nous faisons référence au chapitre 8, section 2, « Transition sociale », écrit par Florence Ashley et Avy A. Skolnik.

transmission inter et transgénérationnelle. L'un des enjeux de la revue de la littérature est de montrer la rupture de la causalité et de la binarité entre le sexe, la sexualité et le genre, et la place de la subjectivité du sujet via l'identité de genre et la pluralité des accompagnements offerts aux personnes concernées.

Julia Serano, biologiste américaine, personne concernée et militante, apporte un terme opérant pour situer notre propos : le cissexisme (sexisme oppositionnel). Elle attribue ce nouveau paradigme à l'activisme transgenre permettant la compréhension des expériences de la population variante de genre (de laquelle les transsexuel·les sont un sous-ensemble) (Serano & Grunenwald, 2020, p. 109).

Cette notion paraît d'autant plus pertinente pour situer cette recherche qu'elle permet d'inclure les personnes qui se perçoivent en dehors de la binarité homme/femme et les personnes dont l'expression de genre ne s'y confirment pas. Pourvoir d'emblée se décentrer d'une position cisnormée ou d'un modèle uniquement référé à la cisnormativité permet de comprendre les évolutions sociales et sociétales et les points de tension pour tenter d'en proposer une reformulation (Serano & Grunenwald, 2020).

Mobiliser la notion de « cisnormativité » met en lumière les privilèges dont bénéficient certaines personnes cisgenres dans la société, introduit la dimension de la différence dans l'accès à la prise en soins et l'inclusion sociale. La reconnaissance du cissexisme ouvre les enjeux autour de la santé mentale et de la vulnérabilité des personnes trans.

La citation suivante est extraite du chapitre intitulé « Démanteler le privilège cissexuel » de Julia Serano : « Jusqu'à présent, les discours sur la transidentité ont toujours été conditionné par un langage et des concepts inventés par des médecins et des chercheurs et des universitaires qui ont fait des personnes transsexuelles leurs objets d'étude. (…) De l'autre côté, les corps, identités, perspectives et expériences cissexuelles sont simplement prises pour acquises – c'est-à-dire considérées comme « naturelles » et « normales » – et échappent à une critique réciproque. » (Serano, 2020, p. 109). Nous accordons d'autant plus d'importance à cette remarque que nous sommes cisgenre et appréhendons un vécu expérientiel qui ne

nous a pas questionnée, et dont nous n'avons pas l'expérience corporelle ou psychique.

SECTION 1 : LECTURE BIOMEDICALE

Nous souhaitons historiciser les concepts liés au sexe et au genre, et leurs repérages terminologiques pour mettre en avant le changement de paradigme depuis la dénomination du transsexualisme (à travers la sexualité) jusqu'à la diversité de l'identité de genre avec l'incongruence et la variance de genre, en passant par la dysphorie de genre.

CHAPITRE 1 – HISTORICISATION DES CONCEPTS ET LEUR EVOLUTION

1.1 Le transsexualisme

Le terme de transsexualisme naît aux États-Unis en 1953 ; il est attribué à Harry Benjamin (1885-1986) – endocrinologue américain d'origine allemande. Il désigne le processus de réassignation dans l'autre sexe après avoir effectué une transition hormonale et chirurgicale. A cette époque, les aspects sociaux et juridiques ne sont pas évoqués (Halberstam, 2018)[23].

1.1.1 Historique du concept

Avant Harry Benjamin, dans les années vingt, les travaux des sexologues et de psychiatres rapportent des cas de travestisme ou d'homosexualité.

[23] Jack Halberstam (universitaire américain actif dans le champ des études de genre et de littérature comparée) parle d'une aliénation au terme « transsexuel » par manque d'identification. Il dit en substance (dans une réflexion personnelle alors qu'il est adolescent transgenre dans les années soixante-dix aux États-Unis) qu'il a saisi ce terme comme un gilet de sauvetage dans une mer agitée alors qu'il n'y avait pas d'autres mots dans son environnement pour décrire son identification.

L'idée du médecin allemand Magnus Hirschfeld (1868-1935), fondateur de l'institut de sexologie à Berlin, et père fondateur des mouvements de libération homosexuelle[24], porte sur le travestissement et l'hypothèse hormonale et cérébrale d'un « hermaphrodisme psychique ». Les théories de Magnus Hirschfeld, dit médecin militant qui facilitait les transitions, ont influencé les travaux de Harry Benjamin.

L'accent clinique est mis sur les vêtements et non sur changement de sexe. Harry Benjamin, ami de Magnus Hirschfeld oriente ses recherches médicales du côté du paradigme clinique de « l'erreur médicale », et de l'étiologie biologique (troisième sexe). Il fonde l'institut pour la science sexuelle (*Institut für Sexualwissenschaft*), puis en 1921 avec Ellis et Forel la « Ligue mondiale pour la réforme sexuelle », qui lutte entre autres causes, contre la stigmatisation des sexualités marginales (homosexuels et des travestis...). A cette époque-là, la détermination biologique du sexe d'assignation à la naissance et la « doctrine » de la binarité priment.

Dans les années vingt-trente, les progrès relatifs aux hormones sexuelles, à l'appui des avancées de Eugen Steinach, offrent de nouvelles perspectives thérapeutiques pour le changement d'apparence physique. Les premières opérations chirurgicales des organes génitaux sont réalisées. En matière de biologie, les travaux de Steinach étudient les changements du comportement sexuel sur les rats et des grenouilles

[24] « *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes* » (1904) est une étude scientifique sur l'homosexualité masculine et féminine à l'époque. Les lectures bibliographiques citent également les deux auteurs suivants.
Kurt Hiller (1907-1933) était écrivain et militant homosexuel allemand et écrivain et journaliste allemand. Son livre *Die neue Generation* regroupe des essais et des poèmes qui promeuvent la liberté sexuelle et l'émancipation des homosexuels.
Benedict Friedlaender (1910-1913) était écrivain et journaliste allemand. Son magazine « Der Schelm » était l'un des premiers à aborder ouvertement les questions de l'homosexualité et de l'émancipation homosexuelle.
Ces références bibliographiques offrent une perspective historique intéressante sur les débuts du mouvement de libération homosexuelle en Allemagne au début du XX^{e} siècle.

après l'implantation d'ovaires et de castration. Freud y fait référence dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle*[25] (Freud, 2010).

Dans les années cinquante, Harry Benjamin reprend le terme de *transsexualis* sous la forme nominative de trans-sexualisme, et publie un article nommé « *Travestism and Transsexualism* » devant l'académie médicale de New York. Le terme a été auparavant employé par Magnus Hirschfeld, qui publie « *Seelischer transsexualismus* » (Benjamin, 1953). Ses nombreuses visites auprès de Magnus Hirschfeld lui permettent d'établir un diagnostic différentiel entre le travestisme (*cross dress in their clothes*) et le transsexualisme (*belong to*). Il distingue le transsexualisme des perversions « *a sexual deviation, sometimes as perversion* », et soulignant que le terme qui est décrit dans la littérature en sexologie met l'accent sur le « *gender discomfort* ». La demande de rectification chirurgicale « *conversion operation* » des patients (*deformities that must be changed by surgeon's knife*), est notée dans la rédaction de ses certificats médicaux.

Ces travaux permettent à Harry Benjamin de distinguer trois sexes : celui dans lequel l'enfant a été élevé (*rearing sex*), le sexe anatomique et le sexe psychique (*gender*). Il met l'accent sur les intérêts personnels durant la petite enfance, et sur le désir parental par rapport au sexe de l'enfant. Il consacre un chapitre au traitement non chirurgical (la guidance, la psychothérapie), et affirme qu'après trois ans de thérapie plusieurs patient·es ont persisté dans le choix de l'autre sexe. Les thérapies adaptatives (*curing transsexualim*), dont le but est de convaincre de la congruence entre l'assignation à la naissance et le genre ressenti, ne sont pas selon Harry Benjamin une indication thérapeutique à retenir[27].

Ce dernier considère le transsexualisme comme un continuum selon l'intensité du désir chez un sujet d'être de l'autre sexe. Pour lui, les « vrais » transsexuels sont ceux qui recours à la chirurgie pour être en congruence avec le sentiment d'appartenance au sexe souhaité « les vrais transsexuels ont le sentiment qu'ils

[25] Freud, S. (2010). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Presses universitaires de France.
[27] Nous faisons, de façon anachronique, le parallèle avec les thérapies de conversion interdites en 2022.

appartiennent à l'autre sexe, ils veulent être et fonctionner en tant que membres du sexe opposé, et pas seulement apparaître comme tels. Pour eux leurs organes sexuels, primaires (testicules) aussi bien que secondaires (pénis et autres), sont de dégoûtantes difformités devant être changées grâce au bistouri du chirurgien… » (Benjamin, 1953, p. 12-14)[28].

Nous retenons que, d'un syndrome médical, le terme de transsexualisme est promu au rang de concept avec Harry Benjamin pour qui la demande d'acte chirurgical vient signer la transsexualité. D'un point de vue des thérapies par la parole, Harry Benjamin ne cache pas son point de vue sur l'inefficacité des psychothérapies pour « ramener » les personnes vers leur sexe d'assignation. La loi considère que l'inclusion de l'identité de genre est fondamentale pour la protection des droits, de la santé et du bien-être des personnes trans[30].

L'inclusion de l'identité de genre dans cette loi n'a pas été sans contestation et « objet de controverses » de la part de conservateur·trices de groupes religieux (Beaubatie, 2021, p. 7). Les arguments opposés ont été les suivants : la diversité de genres va à l'encontre des croyances religieuses, la légitimation de l'identité de genre et la promotion des droits LGBTI+.
Susan Stryker, dans *Others of My Kind: Transatlantic Transgender Histories* (Bakker, 2020), précise que du point de vue des personnes concernées l'adoption du terme « transsexuel » représentait une résistance à la médicalisation, à la pathologisation, et aux nombreux mécanismes par lesquels l'administration, l'état américain et la psychiatrie médico-légale cherchaient à contenir la non-normativité. Le choix de la terminologie a donc représenté un enjeu central : « *A key problem has always been whose words are being used.* »[31]. Trois zones géographiques

[28] Nous traduisons.

[30] Elle condamne pénalement les pratiques discriminatoires qui interdit les pratiques thérapeutiques qui visent à modifier l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre.
Loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne.
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045097703

[31] « L'un des principaux problèmes a toujours été de savoir qui utilisait les mots. » (nous traduisons), *Others of My Kind: Transatlantic Transgender Histories* , p. 251-265.

(Allemagne, Pays-Bas et États-Unis)[32] sont explorées pour montrer les différents usages sémantiques de travestisme et de transsexualisme. Magnus Hirschfeld ouvre une nouvelle perspective en soutenant que le travestissement ne peut pas être assimilé à l'homosexualité ; il dépathologise les conditions de l'anatomie sexuelle ("*Hirschfeld was seeking to depathologize conditions of sexual anatomy*")[33]. Il avance la conviction d'un continuum ou d'un spectre du sexuel et emploie le terme d'intersexualité (dans un usage différent de l'acception actuelle) dans son ouvrage (Bakker, 2020).

En France vingt ans plus tard (1956), le concept du transsexualisme est l'objet d'une thèse de médecine sur les phénomènes cliniques masculins et féminins, « Contribution à l'étude du transsexualisme » est soutenue par Jean-Marc Alby, élève du psychiatre et psychanalyste Jacques Lacan. Il se positionne négativement face aux prises en charge hormonale supposant que répondre aux demandes des personnes majoreraient les troubles, et recommande de prendre des dispositions pénales face à ces comportements. Les transitions vers le genre masculin sont considérées d'un point de vue psychopathologique comme appartenant aux tableaux des psychoses, et les transitions vers le genre féminin sont décrites cliniquement comme une « erreur de la nature » (Coutinho Jorge et al., 2018, p. 172).

Contrairement à Harry Benjamin qui préconise une approche somatique (hormonale et chirurgicale), Jean-Marc Alby réfute les interventions chirurgicales. L'opération ne serait pas opérante sur le syndrome mais uniquement sur l'esthétique. Il nomme cela « la recherche d'un idéal de perfection des *Male to*

[32] Pour saisir le pont historique entre les trois pays, et les lignes de transfert de connaissance entre Magnus Hirschfeld et Harry Benjamin puis à Alfred Kinsey à travers l'histoire, il faut se reporter au chapitre introductif de Anne F. Timm. Un processus similaire se produit pour la chirurgie aux États-Unis. Dans les années cinquante et soixante, les lois américaines bloquent l'accès à la chirurgie ce qui oblige les personnes concernées à se diriger vers l'Europe. Les Pays-Bas sont devenus un nouveau refuge pour les personnes transgenres après le Danemark qui a interdit la chirurgie sur les personnes étrangères comme une réponse à l'affaire Jorgensen. En 1966, la Commission médicale néerlandaise ferme les circuits de prise en charge chirurgicaux en déclarant que les médecins devaient rester à l'écart de ces patient·es.

[33] « Hirschfeld cherchait à dépathologiser les conditions de l'anatomie sexuelle » (nous traduisons) cité dans *Others of My Kind: Transatlantic Transgender Histories,* p. 251.

Female »)[34]. Il interprète la demande de castration comme une névrose et range le transsexualisme sous le joug d'un processus masochiste (une perversion). La thèse de médecine de Jean-Marc Alby sera, malgré cela, une base de référence importante pour les travaux français qui suivront, notamment dans les approches psychanalytiques. L'un des cas cliniques de Jean-Marc Alby est repris par Jacques Lacan.

1.1.2 Premiers changements hormonaux et chirurgicaux

Selon Magnus Hirschfeld, la première intervention chirurgicale de réassignation sexuelle est pratiquée en 1912. Il s'agit d'une personne transmasculine de vingt-et-un ans, suivie par un psychiatre, qui aurait obtenu une mastectomie. Par ailleurs, à New York en 1917, Alan L. Hart, médecin diplômé de l'université de Yale né femme, est opéré d'une hystérectomie par le psychiatre Gilbert. Il est réassigné homme à l'état civil, se marie, et décède à l'âge de soixante-douze ans, après avoir publié en sa qualité de docteur en médecine et de personne concernée[35]. Le tout premier cas de transsexualisme date de 1930 par le docteur Levy-Lentz, qui pratique une ablation de pénis. La patiente est réopérée par Magnus Hirschfeld pour la construction d'un néo-vagin.

En 1931, Félix Abraham (assistant de Magnus Hirschfeld) accompagne les deux premiers cas de changements de sexe – Dora R. (Rudolf) et Gert B. (Gertrud) qui ont été opérés dix ans plus tôt. La première personne, écrit Abraham a subi une ablation des testicules, puis une ablation du pénis neuf ans plus tard. La deuxième personne, transmasculine, a modifié son corps par « l'ablation chirurgicale des seins, des ovaires et par une greffe des testicules. »[36]. Lili Elbe (la peintre danoise

[34] Cité dans Alessandrin, A. (2018). *Histoire du « transsexualisme » en France*, Sociologie des transidentités, Le Cavalier bleu, 2018, (p. 19-33).
[35] Pour une chronologie complète de 1910 à 1998, on se reportera à la version électronique de l'essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle, *La métamorphose impensable* (2003) de P.-H. Castel, Gallimard.
[36] Cité dans la thèse de psychologie du Dr. H. Hubert : Abraham F., Perversions sexuelles, d'après l'enseignement de Hirschfeld, F. Aldor, p. 241-243.

née Einar Wegener) mourut d'affaiblissement après plusieurs opérations (orchidectomie, pénectomie et greffe d'ovaires) à Dresde (par le professeur Warnekros) en 1930[37].

En 1951, Christine née George Jorgensen, photographe et ancienne GI américaine est la première personne à bénéficier d'un traitement hormonal et chirurgical de changement de sexe considéré comme réussi (au Danemark), en 1953 (Meyer-Bahlburg, 2010). La médiatisation de Jorgensen a eu une réception importante dans la presse américaine. En 1953, un article de l'équipe de Hamburger intitulé « *Travestim* » voit le jour. Christine Jorgensen a été une figure mythique du mouvement trans « *one of the first publicized sex-change ops* » (Espineira, 2014)[38].

Alex Bakker dénonce la relation de dépendance, et possiblement de « *benevolent paternalism* » (paternalisme bienveillant) entre les personnes trans et les professionnel·les de santé dans les années cinquante (Bakker, 2020, p. 20)[39]. Les médecins ont besoin de développer leur expertise en fonction des commentaires reçus de leurs patient·es, y compris les récits de vie recueillis en séances psychothérapeutiques, avec les témoignages oraux ou écrits[40]. Le transfert de connaissances est moins important pour les chirurgiens qui s'appuient sur les diagnostics psychiatriques. Le sexologue et endocrinologue Harry Benjamin a donc joué un rôle important dans la construction des connaissances scientifiques sur la transidentité et sur les prestations des soins.

---

[37] Son histoire est narrée dans la nouvelle intitulée « Danish girl » de D. Ebershoff (2000), et portée à l'écran par T. Hooper en 2015.

[38] Parker, J., « Christine Recalls Life as Boy from the Bronx », Newsday/Winnipeg Free Press, October 1979, cité par Karine Espineira. « L'une des premières opérations de changement de sexe rendues publiques » (nous traduisons), Espineira, K. (2014). La sexualité des sujets transgenres et transsexuels saisie par les médias. *Hermès, La Revue*, 69, p. 105-109.

[39] Bakker, A. (2020). Others of My Kind: Transatlantic Transgender Histories (1re éd.). University of Calgary Press.

[40] Op. cit., Bakker, A., Herrn, R., Taylor, M. T., & Timm, A. F. (2020). *Others of my kind: transatlantic transgender histories*. University of Calgary Press, chapitre 1.

1.2 La dysphorie de genre

Le terme de transsexualisme a subi une évolution diachronique induite par les classifications médicales. Désormais, ce sont les termes de dysphorie de genre (apparu dans le DSM[41] en 2012) et d'incongruité de genre (apparu dans le CIM en 2019) que retiennent la littérature biomédicale et les classements à visée diagnostique. Si la dysphorie de genre reste méconnue en France, le terme de syndrome de dysphorie de genre est utilisé il y a plus de trente ans par Norman N. Fisk déjà afin de rendre compte de la complexité et de la singularité clinique des situations qu'il rencontrait. L'usage de ce terme a pour avantage d'insister sur la nécessité d'une prise en charge relative à la souffrance psychique et sociale à une époque où peu de professionnels de la santé s'y intéressent (Fisk, 1974).

1.2.1 Historique du concept

En France, l'intérêt clinique pour la prise en charge de dysphorie de genre a débuté avec les questions relatives aux variations du développement génital, et des troubles du développement du sexe (Condat et al., 2016). Nous dégageons un point de terminologie important puisque cela a participé à la normalisation du sexe dit atypique au sein des équipes médicales et psychologiques des corps « intersexués ». Les travaux princeps étaient en langue anglaise. Cet éclairage latéral aide à réfléchir à la façon dont le discours médical et social pense le corps du sujet depuis les variations individuelles des données sexuées dans la construction de l'identité sexuée.

[41] Se reporter ci-après au point 1.2.3 pour la définition du *Manuel à visée diagnostique et statistique* (DSM).

1.2.2 L'identité sexuée à partir de la variation du développement génital

Nommée à tort « ambiguïté sexuelle »[42], les enfants portant une variation du développement génital naissent avec des organes génitaux externes difficiles à situer dans le repérage binaire des sexes. Il s'agit de situations où le sexe chromosomique, gonadique ou anatomique est atypique, et repérable par une variation des organes génitaux internes et externes (Condat et al., 2022). Certains auteurs soulignent que ce terme est imprécis, une expression de variations du développement sexué (plus ou moins fréquentes) qui conservent des traits et se rangent parmi les catégories « homme » et « femme ». Marie-Xavière Catto, juriste, propose de préciser l'atypicité et la faible occurrence en parlant de « variation du développement sexué moins fréquentes » (Catto, 2020, p. 65).

A l'international, les travaux de John Money (psychologue au *Johns Hopkins Hospital* à Baltimore[43]) et de Thomas Hampson (1955), réalisés à partir des personnes diversement dénommées ou des enfants ayant une variation du développement génital ont permis de nourrir la réflexion sur la différence sexuée. Cette différence met en évidence que le sexe d'assignation et d'éducation de l'enfant prime sur son sexe biologique s'il a été élevé sans ambiguïté dans ce sexe-là. Pour la médecine pédo-endocrinologique, la question de l'identité sexuée est tout d'abord intriquée à celle de « l'ambiguïté sexuelle ». Pour la philosophe Elsa Dorlin, l'identité des gonades est un « indice » important pour anticiper l'évolution possible de la sexuation à la puberté d'un enfant plutôt qu'un « facteur déterminant » (Dorlin, 2008, p. 33)[44].

[42] Le glossaire des Nations Unies précise : « Les personnes intersexuées sont celles dont les caractéristiques physiques ou biologiques, telles que l'anatomie sexuelle, les organes génitaux, le fonctionnement hormonal ou le modèle chromosomique, ne correspondent pas aux définitions classiques de la masculinité et de la féminité. » *in* Nations Unies. Charte des Nations Unies (version intégrale), https://www.un.org/fr/about-us/un-charter/full-text.

[43] A partir de 1951 dans le premier service d'endocrinologie pédiatrique qui n'ait jamais existé, celui de Lawson Willkins ; il mentionne déjà une centaine de cas en 1957, sept fois plus dès 1972 selon Colette Chiland.

[44] Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités*. PUF.

Dès les années 1950, John Money et Thomas Hampson précisent que l'identité sexuée s'établit entre 18 et 24 mois, et que les changements postérieurs à l'âge de deux ans et demi ont des conséquences dommageables pour les enfants opérés. Le genre se définit en regard d'une pluralité de signes, mais n'est pas la réduction de l'hérédité ni du déterminisme environnemental. La place du regard des parents sur l'enfant est également interrogée dans les situations d'intersexualité. Si les parents sont ambivalents quant au sexe, le risque semble plus important que l'enfant développe une incertitude sur la conscience de soi en tant que personne sexuée.

John Money et Thomas Hampson posent comme primordial le ressenti propre de l'identité sexuée de l'enfant. Ils parlent à l'époque de « variable quant au genre de la personne ». Nous soulignons l'emploi de l'occurrence « rôle de genre » (*gender role*) pour désigner « tout ce qu'une personne dit ou fait pour révéler son statut de garçon ou d'homme, de fille ou de femme » (Chiland, 2008, p. 329). Ce qui inclut, sans y être restreint, la sexualité au sens de l'érotisme. Un rôle de genre n'est pas établi à la naissance, mais est construit cumulativement à travers les expériences rencontrées et les transactions – à travers l'apprentissage occasionnel et non planifié, à travers l'instruction explicite et l'inculcation, en mettant spontanément deux et deux ensemble pour faire parfois quatre, et parfois de manière erronée cinq. En bref, un rôle de genre s'installe largement de la même manière que la langue maternelle » (Chiland, 2008, p. 329).

Une étude allemande précise que sur 1 040 sujets souffrant de troubles du développement sexuel recrutés en Pologne, Suède, Allemagne, France, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, 69 % des participants s'accommodent de ce terme bien que la plupart préfère un terme spécifique à leur état somatique (Bennecke et al., 2020).

En France, les avancées majeures dans la compréhension des bases de l'identité individuelle et sociale sont produites par Léon Kreisler (psychanalyste, pédiatre et pédopsychiatre) qui travaille au sein de l'équipe spécialisée de l'hôpital pédiatrique de Saint Vincent-de-Paul à Paris dès les années 1960. Il initie toute une réflexion sur les questions autour de l'identité sexuée (biologique et psychologique).

Léon Kreisler se distingue de John Money par son approche plus qualitative qu'empirique (Castel, 2003)[45]. Il explore la singularité d'une quarantaine de cas d'enfants de sexe atypique qu'il présente dans *Les intersexuels avec ambiguïté génitale. Étude psychopédiatrique* en 1970. Il met l'accent sur la dynamique familiale et le rôle des parents, ce qui est congruent avec l'approche dominante en France où la famille est considérée comme le noyau central. En cas de réassignation, l'avis parental a donc une place première dans la psychosexualité de l'enfant (Kreisler, 1970).

Par-delà l'intérêt historique et conceptuel de ces recherches cliniques, il importe de relever la terminologie utilisée pour désigner l'identité liée au sexe. Léon Kreisler justifie l'usage du terme « psychosexualité » plutôt que « genre » ainsi nous réservons les termes de « sexe », « sexualité », « sexuel » aux faits d'ordre anatomique, physiologique et biologique. Pour les données d'ordre psychologique ou psychosociologique, nous suivons les habitudes de la littérature de langue française qui parle de psychosexualité, d'évolution psychosexuelle, d'orientation psychosexuelle, de rôle sexuel, d'identité sexuelle. Dans la littérature anglo-saxonne, on tendait, dans un esprit de précision, à attribuer aux faits d'ordre psychologique ou psychosocial le terme « genre » (Kreisler, 1970).

Avec le terme d'identité « sexuelle » plutôt que « sexuée », Kreisler décale la question de la représentation de soi du biologique en précisant qu'il s'agit de la propre appréciation de la personne sur elle-même et du regard social : « le fait pour une personne de se reconnaître et d'être reconnue par autrui comme appartenant à un sexe » (Kreisler, 1990, p. 424). Il interroge également les stéréotypes et les attentes collectives au travers des réassignations chirurgicales lorsque la taille du clitoris est trop longue pour les filles.

L'accompagnement des enfants et des adolescent·es intersexes posent des questions cliniques, thérapeutiques et éthiques pour accompagner les singularités somatiques

[45] Castel, P.-H. (2003). *La métamorphose impensable : essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*. Gallimard.

et psycho-affectives de ces situations, outre la valorisation de la diversité corporelle et la dépathologisation des variations du développement génital (Condat & Cohen, 2022).

Une étude longitudinale, menée par Anne-Marie Rajon (pédiatre et psychanalyste) sur les répercussions auprès des parents de l'annonce du diagnostic d'une malformation de leur enfant (dont les variations du développement génital), apprécie les enjeux et les spécificités des relations précoces enfant-parents. Être reconnu comme garçon ou fille constitue la matrice de la première des appartenances. Les identifications entre les parents et les enfants constituent la base de l'organisation psychique. Cette dialectique s'instaure dans une identification que les parents adressent à leur enfant (parfois durant la grossesse) avant que ce dernier ne s'identifie au discours des parents. L'intersexuation viendrait brouiller cette identification au profit d'un sexe ambigu (Rajon, 2008). D'autres études médico-psychologiques, réalisées à l'âge adulte (17 femmes âgées de 21 à 41 ans), évaluent les répercussions d'une telle malformation sur la dynamique affective, l'intégration sociale et le comportement sexuel de l'adulte, vise à mettre en lumière la genèse et les processus de l'identité sexuelle (Jacquot, 2011).

Comme l'a remarqué Colette Chiland, le terme d'intersexuation, a été fréquemment confondu à tort avec celui d'ambiguïté génitale, remplacé en 2006 par la Société des endocrinologues européens et américains par le terme « troubles du développement du sexe » (*Disorders of sex development*) qui couvre une gamme de troubles plus large : « conditions congénitales dans lesquelles le développement du sexe chromosomique, gonadique ou anatomique est atypique » (Chiland, 2014, p. 173). Il s'agit de problèmes qui concernent à la fois la sexuation (l'identité sexuelle) et la sexualité (les relations sexuelles, l'accouplement, la fécondité), et non de troubles du développement sexuel. L'enjeu porte sur les choix terminologiques et la capacité à parler désormais de variations du développement génital. Cette position est discutée par Ellen K. Feder qu'elle juge pathologisante et stigmatisante ; elle propose de conserver le terme médical de « troubles » (*disorder*) car il permet un accès aux soins et au parcours de santé, mais fait l'impasse sur la notion de « trouble pas comme les autres » (*a disorder like no other*) pour

privilégier celle d'un « trouble comme beaucoup d'autres » (*a disorder like many others*) (Feder, 2009, p. 226-227).

En conclusion, la clinique des variations du développement génital, congruente avec notre sujet par rapport au cissexisme, permet d'une part d'éclairer les dynamiques subjectives de la construction de l'enfant qui va s'établir en référence à cette détermination assignée à partir du sexe anatomique. La prise en compte du consentement des personnes concernées (à un âge où elle est en capacité de le donner et d'en apprécier le sens) et des enjeux éthiques est un prérequis, d'autant que la rectification est appuyée d'une reconnaissance médicale. Qu'en est-il de l'identification de la personne concernée « par et pour elle-même » ? Les chercheur·euses et clinicien·nes pour enfants et adolescent·es soulèvent la possibilité d'une troisième catégorie pour permettre à la personne de se situer en fonction de ses désirs, ressentis, au moment opportun pour elle-même (Condat et al., 2022). Cette proposition, en plus d'un accompagnement personnalisé, mettrait les personnes concernées à l'abri de décisions médicales et juridiques irréversibles, discutables médicalement.

1.2.3 Évolution conceptuelle à travers le repérage diagnostique

Le *Manuel à visée diagnostique et statistique* (DSM) de l'Association américaine psychiatrique (APA) inclut le transsexualisme dans sa troisième édition en 1980, aux côtés d'un autre diagnostic qui concerne les enfants (*gender identity disorder of childhood*). La définition parle d'un « sentiment d'inconfort et d'inadéquation quant à son sexe et un désir d'être débarrassé de ses organes génitaux et de vivre comme un sujet de l'autre sexe, pendant une durée d'au moins deux ans et sans lien avec un autre trouble mental.

1952	DSM 1	Travestisme [déviances sexuelles]
1968	DSM 2	Travestisme et homosexualité [déviances sexuelles]
1980	DSM 3	Transsexualisme/ Trouble de l'identité sexuelle de l'enfant
1987	DSM TR	Transsexualisme/ Trouble de l'identité sexuelle chez l'adolescent et l'adulte Trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant Trouble de l'identité sexuelle non spécifique Avec souffrance et/ou altération dans le champ social
1992	CIM 10	Transsexualisme/ Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
2000	DSM 4 TR	Trouble de l'identité sexuelle Avec souffrance et/ou altération dans le champ social
2012	DSM 5	Dysphorie de genre avec souffrance et/ou altération dans le champ social (ou augmentation du risque de la souffrance) Genre alternatif différent du genre assigné [≠ troubles d'ordre sexuel]
2019	CIM 11	Incongruence de genre – Conditions relatives à la santé sexuelle

Dans les années 50-60, il faut se souvenir que les cas d'homosexualité et de travestisme avec les déviances sexuelles été répertoriés dans les DSM-I (1952) et DSM-II (1968). En 1987, la version révisée du DSM-III (DSM-III-R) subdivise le diagnostic entre « transsexualisme », « trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant » (*gender identity disorder in children*) et « trouble de l'identité sexuelle chez l'adolescent ou l'adulte, de type non transsexuel » (*gender identity disorder of adolescent or adulthood, no transsexual type*). Ce dernier devait permettre de rendre compte des cas où la personne adopte l'autre sexe mais ne souhaite pas de chirurgie. Le trouble de l'identité de genre non spécifique (*gender identity disorder not otherwise specified*), quant à lui, était employé lorsque la personne ne remplissait pas tous les critères sus-cités dans le DSM-III du trouble de l'identité de genre (Zucker et al., 2013, p. 901-914).

A la même époque, le CIM-9 (*Classification internationale des maladies mentales*, 9e édition) catégorise le transsexualisme dans les « déviations et troubles sexuels »,

qui comprend les perversions, l'homosexualité, les troubles de la fonction sexuelle et les troubles de l'identité sexuelle.

Gender identity disorder, était le terme employé pour le DSM-IV TR et fut traduit par trouble de l'identité sexuelle. Colette Chiland fait remarquer que l'identité sexuelle (*sexual identity*), ancien terme médical traditionnel, fait maintenant référence à l'orientation sexuelle.

Le DSM-IV (1994) et le DSM-IV TR (2000) abandonnent le terme de transsexualisme et proposent un ensemble commun désigné par « troubles de l'identité sexuelle » (*gender identity disorder*). Ce diagnostic rend compte d'un repérage plus étendu de profils car l'identité de genre n'inclut pas obligatoirement le binarisme masculin ou féminin comme le laisse entendre le transsexualisme, qui se définit lui par le passage d'un sexe à un autre (Marchand, 2014).

Cette édition introduit le critère de souffrance clinique significative (non mentionné précédemment), et qui affecte une ou plusieurs sphères de la vie sociale ou professionnelle de l'individu. Pour la population adolescente et jeune adulte, nous soulignons les répercussions psychosociales de la dysphorie de genre avec le décrochage scolaire et l'ostracisme social relevés dans la littérature (Eisenberg et al., 2019).

La CIM-10 a été publiée en 1993 ; elle conserve le terme de « transsexualisme » classé parmi les « troubles de l'identité sexuelle » dans le chapitre des « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte », révisé en « troubles de l'identité de genre ». Une sous-catégorie « trouble de l'identité de genre de l'enfance » est créée. Cette version de la CIM présente un diagnostic proche de celui proposé par le DSM-III R.

La Classification française des maladies mentales de l'enfant et de l'adolescent fait apparaître le « trouble de l'identité sexuelle » parmi les « troubles de l'identité et des conduites sexuelles » eux-mêmes inclus dans les « trouble des conduites et des comportements » de l'axe I.

Le DSM-5 (2013) voit l'apparition du terme « dysphorie de genre » qui met l'accent sur l'expression d'une souffrance due à l'écart entre le sexe d'assignation à la naissance et le genre ressenti. La notion de non-binarité apparaît également avec le terme « genre alternatif ». Quelque soit l'âge du patient, il doit être mentionné si le diagnostic est associé ou non à un trouble du développement du sexe qui relèverait d'anomalies de la différenciation sexuelle (Mendes et al., 2016).

Le DSM-5 identifie trois catégories : la dysphorie de genre chez l'enfant (*gender dysphoria in children*), la dysphorie de genre chez l'adolescent et l'adulte (*gender dysphoria in adolescent or adult*) et la dysphorie de genre non spécifique (*unspecified gender dysphoria*). L'équipe de rédaction de cette section a considéré que la clinique adolescente ne se distinguait pas en termes de pronostic et de prise en charge. Marcel Czermak apporte la notion de « tact » qui mérite d'être mobilisée ici.

Le changement de terminologie et la disparition du substantif « trouble » relevés dans la lecture historique du diagnostic médical (de « trouble de l'identité » à « dysphorie »), induisent une modification dans l'approche clinique. Le vécu subjectif de l'individu est pris en compte tandis que l'idée du diagnostic exclut l'observation et le repérage objectif d'une non-conformité de genre (Mendes et al., 2016). Toutefois, la communauté transgenre demande d'abandonner ce terme au profit de « genre discordant », « genre dissonant », « genre incongruent » ou « genre indépendant » (Pyne, 2014, p. 1-2) pour valoriser l'autodétermination et l'expertise des jeunes transgenre.

Comme nous l'avons mis en évidence, le terme de « transsexualisme » est apparu dans le discours médical et non dans le celui des personnes concernées. Et c'est précisément ce lien historique que les associations de personnes concernées trouvent stigmatisant. Le choix du mot-valise « transgenre » est lui emprunt des études sur le genre, et n'est pas connoté avec une valence psychiatrique (Alessandrin, 2018, p. 35-55). Ce terme est issu du milieu militant et des personnes concernées dans les années soixante-dix « A l'origine, ils désignent les personnes vivant dans l'autre sexe sans avoir fait aucune modification corporelle. »

(Beaubatie, 2021, p. 9-10). Le sociologue précise que le terme est devenu plus inclusif depuis la fin du XX^{e} siècle et s'entend pour toutes les personnes qui ne se reconnaissent pas dans le genre qui leur a été assigné à la naissance.

Avant 2012, l'orientation sexuelle des personnes considérées comme matures sur le plan sexuel devait être présentée lors du diagnostic. Jusqu'alors, la précision de l'orientation sexuelle (vers les hommes, les femmes, les deux ou aucun), devait permettre de déterminer des indices de bon pronostic pour la prise en charge. Une orientation homosexuelle au regard du sexe d'assignation à la naissance était un indice de bon pronostic pour le traitement hormono-chirurgical (Meyer-Bahlburg, 2010). Cette injonction à l'hétérosexualité peut être lue comme un appel à la normativité des protocoles et au cissexisme. « En d'autres mots, l'individu cissexuel projette sans distinction sa cissexualité sur les autres, ce qui transforme la cissexualité en caractéristique humaine considérée comme évidente. » (Serano & Grunenwald, 2020, p. 113).

En 2012, l'équipe en charge de la révision du DSM-5 a jugé que l'orientation sexuelle n'avait qu'une place mineure, tant pour le diagnostic que pour la prise en charge des sujets (Olson et al., 2016). Vincent Bourseul, psychanalyste, souligne que « Les questions trans ou les questions gays, qui en constituent le terrain clinique et sociologique initial, permettent de développer des interrogations génériques dépassant les catégories identitaires singulières auxquelles nos exemples semblent liés ; elles remettent en question les catégories sexuelles habituelles, ainsi que les rapports qui les relient. » (Bourseul, 2016, p. 15).

D'autre part la lecture critique qu'apporte le sociologue Arnaud Alessandrin sur la nosographie rompt avec les catégories de classement qu'il considère obsolètes, et qui questionnent la médicalisation des faits sociaux et la place des diversités identitaires ou corporelles (la « lipodiversité » ou la « neurodiversité ») (Alessandrin, 2012, p. 268). Sur ce point, une équipe française de recherche sur la transidentité souligne l'importance du développement de la recherche médicale dans ce champ des soins aux personnes trans (Martinerie, 2017), en plus de la nécessité de maintenir la possibilité d'une prise en charge des soins de transition

par les systèmes d'assurance maladie. Des propositions sont formulées par les associations de personnes concernées : considérer l'état de transition comme une période transitoire/ponctuelle (non pathologique), mais nécessitant toutefois des soins (hormones, chirurgies) ou un changement juridique, et un remboursement par l'Assurance maladie sur une période limitée (Reucher, 2011).

Karine Espineira attire toutefois l'attention sur une notion qu'elle conceptualise par « le bouclier thérapeutique » pour décrire les mécanismes qui protègent les individus de toute critique ou remise en question en invoquant des raisons thérapeutiques. « Le bouclier devient un haut mur qui empêche, réfute et discrédite par avance toute avancée et tout dialogue. Comment dire à des soignants qu'ils font parfois mal ce qu'ils croient bien faire ? » (Espineira, 2011).

A partir de 2012, le DSM-5 entend par « transgenre » les personnes qui souhaitent recevoir un traitement hormonal féminisant ou masculinisant sans forcément avoir recours à la chirurgie (et vice-versa) et les personnes qui souhaitent effectuer une opération de la poitrine sans chirurgie des organes génitaux. Lors de la révision du DSM-5, une large majorité d'associations de professionnel·les ont répondu en faveur d'un retrait de ce diagnostic du DSM (55 %) (Drescher et al., 2012), (Drescher, 2014).

Les critères diagnostiques de la dysphorie de genre DSM-5 sont les suivants.

– Chez l'adolescent·e et l'adulte : l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins 2 de 6 critères (au moins une durée de 6 mois) :

- Incongruence marquée entre genre vécu
- Désir d'être débarrassé de ses caractères sexuels et caractères sexuels primaires et/ou secondaires
- Désir pour les caractères sexuels de l'autre genre
- Désir d'être de l'autre genre
- Désir d'être traité comme l'autre genre
- Conviction d'avoir le ressenti et les réactions typiques dans un autre genre.

– Chez l'enfant : l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins 5 critères sur 7 :

- Travestissement
- Rôles de l'autre sexe dans les jeux
- Jouets et activités de l'autre sexe préférés
- Camarades de l'autre sexe
- Rejet des jouets et activités typiques du sexe d'assignation
- Rejet de son anatomie sexuelle
- Désir pour les caractères sexuels d'un autre sexe.

En novembre 2018, Zowie Davy professeure associée aux recherches LGBTQ à l'Université De Montfort, Leicester (Angleterre) apporte une lecture qualitative critique du concept de « dysphorie de genre » (à partir de l'étude de 387 articles) dans l'article « *What Is Gender Dysphoria ? A Critical Systematic Narrative Review* » (Davy & Toze, 2018). Elle montre la façon dont le concept de souffrance a été narrativisé et insiste sur la façon dont l'utilisation académique actuelle reflète le critère diagnostique. Trois thèmes majeurs sont retenus : la détresse et le diagnostic ; les types des gens ; le discours populaire. Elle relève des incohérences comme le fait que le diagnostic soit centré sur la souffrance et le fléchissement thymique de la personne ; ce critère est appliqué de manière incohérente dans la littérature. Certains articles ignorent la référence à la souffrance tandis que d'autres impliquent une détresse alors qu'elle peut avoir disparu ou ne pas avoir existé.

Ainsi, les changements fréquents de terminologie et les croisements entre les termes médicaux et les descriptions phénoménologiques du vécu de la personne ont participé à une confusion entre la dysphorie de genre qualifiée soit : de diagnostic spécifique, d'expérience de détresse, attribuée comme caractéristique personnelle. Selon les auteurs, cet amalgame entre sémiologie approximative et registre du vécu entraîne à une pathologisation excessive de la dysphorie de genre un excès de pathologisation, voire une contamination lexicale dans la littérature académique.

Dans une revue narrative sur qu'est-ce que la dysphorie de genre, Zowie Davy et Michael Toze avancent que si le terme de dysphorie de genre et d'incongruence de genre sont définis par des cliniciens, des chercheur·euses, des théoriciens et des éditeurs de littérature scientifique, il mérite d'être complété par une analyse critique ancrée par les personnes concernées à partir de l'expérience vécue (Davy & Toze, 2018).

1.3 L'incongruence de genre

En 2019, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)/*World Health Organization* (WHO) a révisé la Classification internationale statistique des maladies et problèmes relatifs à la santé[46]. Le terme « d'incongruence de genre » est utilisé avec une sous-entité distincte pour l'incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte, et celle de l'enfant. Nous soulignons que c'est la première fois que le diagnostic sort de la catégorie des « Troubles mentaux, du comportement ou du neurodéveloppement » pour être classé dans les « Conditions relatives à la santé sexuelle ».

La classification du DSM-5 recouvre un ensemble hétérogène de demandes de transition hormonales/chirurgicales. La dimension dysphorique, apportée par la classification américaine, cible la souffrance psychique (du grec δύσφορος (dusphoros), de δυσ- : « difficile », et φέρω : « à supporter ») c'est-à-dire d'un mal-être congruent avec un trouble du ressenti et de la perception de son identité (Coleman et al., 2012).

Le psychologue et chercheur Jean-Baptiste Marchand note que le DSM-5 fait la distinction entre l'incongruence de genre chez l'adolescent et l'enfant, mais que ce point précis ne devrait pas être confondu avec celle des adultes (Marchand, 2014). De son point de vue, le glissement conceptuel et historique qui s'est opéré de « transsexualisme » à « transgenre » est à critiquer. Il y lit un manque de prudence à la faveur d'une approche dite « transaffirmative » chez les adolescent·es (Marchand, 2019). Nous rappelons ce qui est entendu par l'approche transaffirmative par rapport à une approche qui serait vigilante : « Dans la mesure où l'approche transaffirmative, contrairement à l'approche de l'attente vigilante, s'assure de communiquer à l'enfant une acceptation inconditionnelle, peu importe son identité de genre actuelle et future, elle minimise les risques associés à la

[46] 11e édition de la Classification internationale statistique des maladies et problèmes relatifs à la santé (CIM-11), 2019.

détransition. » (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021, chapitre 12 « Parents en transition », p. 260-279 rédigé par André-Ann Frappier).

Cet accompagnement actif consiste à soutenir le sujet dans son affirmation sociale, médicale et/ou chirurgicale pour vivre dans l'identité de genre qu'il ressent et souhaite. Nous nous proposons de retenir ce point pour la discussion à la lumière de l'analyse que nous ferons des entretiens de recherche et de l'apport du cadre théorico-clinique de la prise en soins et de la lecture psychanalytique. Si à titre mémoriel il est nécessaire d'historiciser les concepts (Gori, 2020, p. 149)[47], nous soulignons que leurs évolutions dues à l'activisme des personnes concernées ont contribué à valoriser et à inclure le vécu subjectif des personnes dans l'accompagnement.

Des sociétés savantes se sont constituées. L'Association pluriprofessionnelle française Santé Trans, (*French Professional Association for Transgender Health* (FPATH)), a été créée en 2010 sous le nom de SoFect (Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme) (Benghozi, 2015), et régie par la loi de 1901. Elle réunit des professionnel·les impliqué·es dans la prise en soins des personnes trans, dans des buts d'aide à l'affirmation, de recherche et de formation. Les associations de personnes concernées ont adressé le 3 décembre 2020 une lettre ouverte à Nicolas Morel-Journel (chirurgien urologue), Président de la FPATH[48], dont le contenu s'inscrit en faux contre les protocoles demandés, l'absence de travail en concertation avec le tissu associatif dans l'intérêt de la construction d'un véritable réseau en France. La participation des associations aurait permis de s'appuyer sur le savoir et les connaissances spécifiques des réalités vécues par les personnes concernées, et donc de proposer une approche inclusive et participative (Alessandrin, 2018, p. 57).

Suite à un partenariat depuis 2013 entre plusieurs services hospitaliers de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (GHU Pitié-Salpêtrière, Fondation Vallée puis CIAPA, Robert Debré, et le service d'endocrinologie pédiatrique de Robert

[47] « Le psychanalyste comme l'historien réalise un choix à partir duquel ils mettent les événements en intrigue, ils dramatisent dans l'écriture et laissent, bien malgré eux, apparaître leurs préjugés et leurs systèmes de valeurs. ».
[48] https://trans-sante.fr

Debré), une plateforme financée par l'Agence régionale de santé (ARS) a vu le jour. Elle permet d'accompagner les jeunes mineur·es en questionnement et en transition.

Sur le plan associatif, une association de parents Grandir Trans réunit 1 300 familles et tisse des relations de confiance avec la plateforme aux côtés de services de biologie de la reproduction, d'endocrinologie, de pédiatrie, de santé sexuelle, de chirurgie côté hospitalier, du Réseau Santé Trans (ReST). Il s'agit d'un réseau de santé qui associe des personnes trans, des représentant·es de trois associations cofondatrices (OUTrans, Acceptess-T, Espace Santé Trans), et des professionnel·les de santé (à l'origine dans la région Bretagne depuis 2018). Depuis 2021, le ReST se développe également dans les autres régions de France. Le Réseau s'appuie sur l'affirmation éthique de la reconnaissance du principe d'autodétermination des personnes trans. En 2022, le ReST est lauréat du Prix international de la ville de Paris pour les droits des personnes LGBTI+[49].

[49] https://www.paris.fr/pages/le-prix-international-pour-les-droits-des-personnes-lgbtqi-17653

1.4 Les données démographiques

Avant de donner les chiffres des études d'incidence et de prévalence, il faut avoir deux points à l'esprit. Le premier est lié aux changements de repérage au fil des années. Les résultats dépendent des périodes auxquelles ont été collectées les données. La seconde difficulté, corrélée au thème de la transidentité, tient aux méthodes utilisées pour identifier la population, eu égard à la disparité des enfants et adolescent·es en transition (sondages, interviews, études de cohorte de centre de prise en soins). Les questions plus générales que soulèvent les processus de médicalisation/démédicalisation d'expressions, de conduites et de conditions qui ont commencé à être traitées comme des affections psychiatriques XIX^{e} siècle sont reprises et problématisées par Alain Giami (directeur de recherche, Inserm-CESP U 1018, équipe Genre, santé sexuelle et reproductive) (Giami, 2011).

Les professionnels du milieu associatif, des institutions scolaires admettent une franche augmentation des demandes, notamment chez les adolescent·es (Zucker et al., 2007), (Zhang et al., 2020). Si certains adolescent·es traversent des épisodes de souffrance, d'autres ne croisent pas les circuits de soins hospitaliers pour des besoins psychologiques et/ou psychiatriques spécialisés, ou des demandes d'accompagnement (Coleman et al., 2012).

Les données quantitatives pour la population adolescente proviennent d'une auto-identification ou d'une déclaration faite par les parents (Martinerie, 2016). De surcroît, une dimension sociétale s'ajoute aux dimensions d'incidence et de prévalence en fonction des modalités d'expression du genre qui sont reçues et renvoyées en fonction de la culture et de la tolérance du pays vis-à-vis des personnes concernées (Mendes et al., 2016).

A ce jour seul le Canada, en 2021, a effectué une recension des personnes trans ou non-binaires de plus de 15 ans dans la population générale qui retrouve un taux de 0,33 % ; 27,68 % de personnes transmasculines, 31,30 % de personnes transféminines et 41,02 % de personnes non-binaires (sources Statistiques Canada,

2021)[50]. Il existe de fortes disparités selon les générations pour se déclarer transgenre ou non. Au Canada, 0,73 % de personnes transgenres et non-binaires ont entre 15-19 ans, et 0,13 % ont 65 ans ou plus.

En termes de données de santé publique, la littérature française ne fournit aucune étude concernant les personnes trans (« Rapport d'analyse prospective 2020 publié par la Haute autorité de santé »)[51]. A l'appui des données de la recension canadienne en 2021 (0,33 % de la population générale), une projection a été faite à l'échelle populationnelle de la France. L'équivalence donnée correspond à 180 000 personnes transgenres et non-binaires (source Mediapart)[52] selon Claire Vandendriessche cosecrétaire générale du ReST[53].

Des études récentes, réalisées aux États-Unis, en Nouvelle Zélande et en Allemagne, sont fondées sur des auto-questionnaires auprès d'enfants et d'adolescent·es. A la question « pensez-vous que vous êtes transgenres ? », les résultats montrent des prévalences entre 1 et 5 % (Shields et al., 2013), (Becker et al., 2017), (Becker et al., 2017), (Clark et al., 2014), (Rider et al., 2018).

En 2020, lorsque les enquêtes interrogent la définition étroite et le terme « identité transgenre » (*gender identiy*), les estimations s'échelonnent de 0,3 à 0,5 % pour la population adulte, et de 1,2 à 2,7 % pour les enfants et les adolescent·es (moins de 19 ans). Tandis que lorsque la définition est élargie « à genre diverse » (*gender diversity*) la proportion varie de 0,5 à 4,5 % pour les adultes et de 2,5 à 8,4 % pour les enfants et les adolescent·es (Zhang et al., 2020).

En ce qui concerne l'incidence, des études plus anciennes en population adulte rapportent à partir des files actives des cliniques spécialisées dans la prise en charge des transidentités dans le monde des chiffres plus faibles : entre 1/3 000 et 1/30 000 femmes transgenres et entre 1/7 000 et 1/100 000 hommes transgenres (Zucker, 2017).

[50] https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-fra.htm
[51] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf
[52] https://blogs.mediapart.fr/claire-vandendriessche/blog/200622/combien-de-jeunes-trans-en-transition-medicale-en-france
[53] Source : reseausantetrans.fr

Pour le sexe-ratio, la prévalence de l'incongruence de genre est plus élevée parmi les enfants assignés féminin à la naissance que ceux assignés masculin à la naissance (Lagrange et al., 2023). Ce constat est étayé par les échantillons des centres de référence, si l'on admet que les taux d'enfants référés sont comme un marqueur indirect de prévalence. Les études des pays suivants, y compris la France, confirment le ratio de genre qui favorise les enfants assignés féminin à la naissance : Londres[54], Toronto (Aitken et al., 2015), Amsterdam (Aitken et al., 2015), Paris (Lagrange et al., 2023), Espagne (De Castro et al., 2022), Suède[55], Belgique[56] et le Canada[57]. Et rappeler aussi que tous les jeunes n'effectuent pas de transition médicale ce qui introduit un biais important (Rapport Picard-Jutant, 2022)[58].

Depuis les années 2000, si la littérature rapportait un sexe-ratio en faveur des enfants assignés garçon à la naissance, les études des centres de référence y compris en France invalident cette donnée pour le Canada, les Pays-Bas, et la Finlande (Aitken et al., 2015), (Leibowitz, 2016), (Kaltiala-Heino et al., 2015). Les études canadiennes et américaines s'accordent à dire que la majorité des jeunes enfants qui expriment une incongruence de genre, ou qui s'autoperçoivent comme transgenres, abandonnent cette identification au début de la puberté (Shumer et al., 2016), (Drummond et al., 2008), (Wallien et al., 2009). Ils retrouvent une congruence et un confort avec leur genre d'assignation à la naissance. Deux études canadienne (Ristori & Steensma, 2016) avancent un intervalle entre 10 et 39 % pour désigner les enfants qui conserveront une identification trans à l'adolescence. Quatre études canadiennes relèvent que cette identité présente à la puberté, donc au moment des changements physiologiques sous l'effet de la poussée hormonale, est souvent stable (Cohen-Kettenis & Klink, 2015), (Steensma et al., 2013a), (de Vries et al., 2011), (Khatchadourian et al., 2014).

[54] http://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19
[55] https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/vanligt-med-flera-psykiatriska-diagnoser-hos-personer-med-konsdysfori
[56] https://igvmiefh.belgium.be/nl/publicaties/transgender_personen_in_belgi_gegevens_uit_het_rijksregister
[57] https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm.
[58] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf

Nous concluons sur la mise en perspective de ces données démographiques avec l'acceptation sociétale des transidentités puisqu'il est constaté dans la littérature que l'ouverture de centres de prise en soins dédiés aux transitions a fait augmenter le nombre de demandes. Est-ce en raison d'une incidence plus forte des transidentités ou de l'accès qui est facilité et mieux fléché en raison de la dépathologisation et de la déstigmatisation progressives des transidentités (Aitken et al., 2015; Becker et al., 2017; Kaltiala-Heino et al., 2015; Lucassen et al., 2014; Rider et al., 2018; Shields et al., 2013; Spack et al., 2012; Steensma et al., 2013b). Pour les prochaines études, les estimations collecteront certainement des données sur le sexe attribué à la naissance et l'identité de genre, y compris pour les catégories non-binaires (Goodman et al., 2019)[59].

Des données récentes précisent une augmentation récente du nombre de personnes qui ont une identité de genre non-binaire même si la proportion de jeunes qui fréquentent les consultations spécialisées sur les questions de genre ne sont pas connues (Twist & de Graaf, 2019). Sur 251 adolescent·es qui ont fréquenté un service dédié (le *National Gender Identity Development Service* au Royaume-Uni, entre juin 2016 et février 2017), 56,9 % des jeunes se sont auto-identifiés comme transgenres, 29,3 % dans une identité de genre binaire (masculin ou féminin), 11 % identifiés comme non-binaires et 1,2 % comme agenre. L'étude ne rapporte pas de différence en fonction du sexe ou de l'âge. Les expressions de genre sont ventilées en cinq thèmes : nom et pronoms, apparence extérieure, corps, facteurs intrinsèques et une catégorie autre.

[59] Pour une analyse approfondie, on se reportera à une méta-analyse réalisée à partir de 12 analyses dites robustes (Arcelus, 2015). La prévalence est de 4,6 pour 100 000 individus soit 6,8 pour les adultes transféminines et 2,6 pour les adultes transmasculins. Les chiffres montrent clairement une augmentation de la prévalence depuis les 50 dernières années. La littérature retrouve toutefois une prévalence chez l'enfant estimée comme beaucoup plus importante, atteignant même quelque pour cent (van Beijsterveldt, 2006). Ceci s'explique par l'évolution connue de la dysphorie de genre chez l'enfant dont témoigne la littérature. La plupart de ces enfants construiront finalement leur identité de genre dans le sexe qui leur a été assigné à la naissance (Steensma, 2011) (Zucker, 1995). Les études récentes (Zucker, 2017 ; Connolly, 2016) rapportent une prévalence moins élevée chez les adolescent·es et les jeunes adultes transgenres allant de 0,17 à 1,3 %. Une enquête finlandaise dans les écoles (Kaltalia-Heno, 2017 & 2018) relève un taux de 1,3 % chez les 16-19 ans qui présentaient une dysphorie de genre. Aux USA et Canada, la prévalence pour la population adolescente de 13-17 ans est de 0,7 % de la population totale. Entre 15 et 16 ans, l'équivalent des classes de seconde et de première dans le système français, la prévalence augmente à 2,70 % (Rider, 2018).

CHAPITRE 2 – LES HYPOTHESES ETIOLOGIQUES DEPUIS LE SEXE BIOLOGIQUE

Des théories ont proposé de conceptualiser l'étiologie de la dysphorie de genre et de la non-conformité au sexe d'assignation. Pour présenter succinctement les aspects hormonaux, génétiques et neurodéveloppementaux que la littérature médicale souligne, nous reprenons ci-après de éléments de la revue de littérature écrite en 2016 en collaboration avec Nicolas Mendès et Agnès Condat sur la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent (Mendes et al., 2016). Nous croisons les conclusions de ce travail à la lumière de la littérature récente (Ettner, 2020). Deux axes principaux sont étudiés : une approche différencentialiste compare les différences anatomiques entre les cerveaux mâles et femelles (au niveau de l'hypothalamus), et une approche développementale étudie l'influence des gènes et des hormones dans la genèse du cerveau.

En 2023 à l'appui des avancées que nous avons faite avec ce travail de recherche, nous nous interrogeons sur le sens de l'étiologie de la transidentité dans la perspective épistémique qui est la nôtre. Julia Serano, personne concernée, suggère ironiquement de remplacer le diagnostic de trouble de l'identité de genre du DSM par le trouble de l'étiologie transsexuelle pour rendre visible « l'obsession malsaine » des chercheur·euses à objectiver les origines de la transidentité « (…) la question de savoir pourquoi je suis transsexuelle a toujours été pour moi une source de honte et de dégoût de moi-même. » (Serano & Grunenwald, 2020, p. 137).

2.1 Hypothèses hormonales

Aujourd'hui, la piste de recherche étiologique principale est l'hypothèse endocrinienne. La première hypothèse porte sur un développement cérébral atypique durant l'embryogenèse. Selon des chercheurs en neurosciences (respectivement hollandais et chinois) (Bao & Swaab, 2011), les organes génitaux sont différenciés avant la différenciation sexuée du cerveau. Cet écart laisserait la possibilité d'une imprégnation hormonale à un niveau androgénique différent pour les organes génitaux et pour le cerveau. Un pic de sécrétion aurait lieu entre la 6e et la 12e semaine de gestation, puis durant les trois premiers mois de la vie. Avant la 6e semaine de grossesse, les voies génitales primitives sont indifférenciées (Netgen, 2016). Tandis que chez les individus génotypiquement mâles (46,XY), durant la 6e semaine, le chromosome Y détermine l'ontogénèse testiculaire à laquelle participe deux types d'hormones secrétées par le testicule fœtal. Les canaux de Wolff forment les voies génitales mâles (canaux déférents, vésicules séminales, canaux éjaculateurs). La masculinisation des organes génitaux externes des individus 46,XY s'effectue en réponse à l'action de la testostérone produite.

Chez les individus génotypiquement femelles (46,XX) la gonade primitive se développe au cours de la 10e semaine vers le sens femelle. Les canaux de Wolff disparaissent au profit des canaux de Müller qui vont former une partie de l'appareil génital femelle (les trompes, l'utérus, et les trompes de Fallope).

La formation du sexe du fœtus se réalise à la fin du 4e mois dans l'embryogénèse ; période à laquelle les hormones sexuelles mâles et femelles imprègnent le cerveau pour former les circuits neuronaux, ensuite impliqués au moment de la puberté. Un second pic de testostérone a lieu entre la 34e et 41e semaine ; les mesures de testostérone sont 10 fois plus élevées chez les garçons que chez les filles. Ce processus conduit à la formation des organes génitaux externes qui permettent de déterminer le sexe de l'enfant à la naissance.

Pour éclairer notre question de recherche, nous retenons que les organes sexuels peuvent se développer vers le phénotype féminin, et le cerveau vers le phénotype

masculin, et inversement. Le facteur biologique ne peut toutefois pas être isolé comme étant la cause du développement de l'identité sexuée (Meyer-Bahlburg, 2013). L'auteur attire notre attention sur l'aspect plurifactoriel des transidentités : biologique, psychologique et sociaux. Cette hypothèse est partagée par Colette Chiland qui précise, à l'appui des travaux précurseurs de Kenneth Zucker de 1999, que la seule position raisonnable est de penser une étiologie multifactorielle (Chiland, 2008).

Pour d'autres chercheur·euses (Steensma et al., 2013b), même si un fœtus a été exposé à des taux élevés de testostérone durant la période de gestation, si cet enfant est élevé dès sa naissance dans son sexe d'assignation, il développera une identité de genre similaire à celui de son sexe biologique. John Money, dont nous préciserons la théorie, soutient ce point (Money, 1957). Par ailleurs, ces auteurs affirment que, même en l'absence d'une imprégnation hormonale in utéro, une identité de genre non congruente avec le sexe chromosomique est possible. Nous en concluons que l'influence de l'imprégnation hormonale durant la grossesse ne suffit pas à expliquer directement l'éclosion et l'expression d'une souffrance autour de l'identité de genre. Les recherches américaines publiées sous le titre de *Gender Confirmation Surgery* (2020) confirme dans le chapitre dédié à l'étiologie de la dysphorie de genre l'absence de cause biologique. Les influences hormonales sont des facteurs de prédisposition, structurels et fonctionnels pour l'incongruence de genre (Ettner, 2020, p. 21-28).

En 2021, une étude reprend l'hypothèse embryologique de l'imprégnation hormonale du cerveau différente, et pose la question suivante : l'anatomie neurologique des personnes transgenres ressemble-t-elle à celle de leur identité de genre, de leur sexe assigné à la naissance, d'une combinaison des deux, ou est-elle entièrement différente (Mueller, 2021). L'étude est réalisée à partir de données provenant d'études transgéniques et d'imagerie par résonnance magnétique du cerveau auprès d'une cohorte de 800 personnes (personnes transgenres hormonées et cisgenres). Les résultats ont révélé que les hommes et les femmes transgenres peuvent avoir leurs propres phénotypes neurobiologiques uniques en fonction de la région du cerveau évaluée.

Le sexe biologique, tel qu'il est assigné à la naissance avec ses déterminants génériques, anatomiques et hormonaux, est classé comme suit : mâle, femelle ou indéterminée en raison d'une variation du développement du sexe (Agana et al., 2019). Les caractéristiques sexuelles, y compris les organes génitaux, l'anatomie sexuelle et reproductrice, les chromosomes, les hormones et les caractéristiques secondaires apparaissant à la puberté[60]. Ces aspects physiques propres à chaque personne peuvent faire l'objet de modifications corporelles qu'elles soient désirées ou non. Elsa Dorlin précise, depuis son éclairage philosophique, que l'identité chromosomique n'est pas la cause ultime du sexe, mâle ou femelle, mais des facteurs déterminants du choix de l'identité sexuelle (de genre et de sexualité) (Dorlin, 2008, p. 47).

2.2 Hypothèses génétiques

Plusieurs anciens travaux génériques (Coolidge et al., 2002),

(Bailey et al., 2000), (Iervolino, 2005), (Knafo et al., 2005) sont en faveur d'une composante génétique dans l'incongruence de genre. Il est cependant rare de trouver un caryotype anormal chez les patients dysphoriques de genre. En revanche, rapportée au taux de base dans la population générale, il n'est pas impossible que la prévalence soit plus élevée (Inoubli et al., 2011).

Des études de jumeaux, incluant des séries de cas non publiés de centres spécialisés, montrent une concordance significativement plus élevée pour la dysphorie de genre entre les jumeaux monozygotes qu'entre les dizygotes de même sexe (Heylens et al., 2012). On a aussi décrit des transmissions familiales dans une étude de fratries non jumelles (Menvielle & Gomez-Lobo, 2011). En nombre absolu, la probabilité pour le frère ou la sœur d'un individu dysphorique de genre d'être aussi dysphorique est assez faible.

[60] Principes de Jogjakarta +10 (2017).

Comme nous l'avons vu dans les hypothèses hormonales, la différenciation sexuée du cerveau chez les mammifères est influencée par l'activité des hormones sexuelles prénatales. Des associations, au final non significatives, ont été recherchées entre la dysphorie de genre et des mutations spécifiques (ou des polymorphismes spécifiques) dans les gènes.

2.3 Hypothèses épigénétiques

Un éclairage épigénétique est apporté par la « Revue française de psychanalyse » consacré au sexe et au genre. L'épigénétique, selon la définition de l'Inserm, concerne « l'étude des changements dans l'activité des gènes, n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires. Contrairement aux mutations qui affectent la séquence d'ADN, les modifications sont réversibles »[61].

Claudine Junien (professeure de génétique) rappelle qu'avant même la différenciation des gonades, les ébauches embryonnaires du cerveau vont former un socle, nécessairement sexué, sur lequel va s'élaborer notre cerveau au gré des influences environnementales et selon son patrimoine génétique (avec des chromosomes XX ou des chromosomes XY). Ainsi, la construction cérébrale est soumise à une double influence : génétique et environnementale. Elle suggère qu'une lecture critique et une prise de conscience des contraintes sociales liées au genre et de leur incorporation biologique permettraient d'en savoir davantage sur le sexe biologique.

Par genre, elle entend : les « comportements et les rôles, les attributs différenciés, déterminés culturellement par le fait que la société, l'époque les considèrent comme appropriés au féminin ou au masculin, pour les garçons et les filles et pour les hommes et les femmes » (Junien, 2019). La chercheuse en génétique soutient que le terme de genre devrait servir uniquement à évoquer les rôles qui sont déterminés

[61] https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique

socialement. La lecture épigénétique ouvre les débats autour de la transmission sociale et culturelle : « Et c'est seulement à partir de la naissance que les influences liées au genre et autres contraintes sociales pourront marquer nos gènes et laisser des empreintes conférant certaines dispositions à l'individu en fonction de son genre. » (Junien, 2019, p. 1525).

Sur la compréhension des facteurs neurodéveloppementaux, génétiques et hormonaux, de nouvelles questions sont à explorer pour la recherche médicale comme les comparaisons interculturelles et l'influence éventuelle de l'orientation sexuelle.

En conclusion de l'éclairage biomédical, nous soutenons que si l'origine de la transidentité est multifactorielle avec des apports biologiques (hormonales), génétiques, et environnementaux et sociétaux (Mendes et al., 2016), il est fondamental d'articuler l'identité sexuée avec les dimensions psychodynamiques du corps et du psychisme de la personne, et l'environnement familial et socio-culturel. Nous proposons pour conclure de compléter cet éclairage depuis le corps biologique jusqu'au parcours d'affirmation à la lumière de penseurs contemporains.

Selon Elsa Dorlin, l'approche biologique opère une réduction bicatégorielle des sexes : mâle ou femelle. Distinguer les sexes a permis de négliger la distinction entre sexuation et sexe ou pour le dire autrement la production de deux catégories a été un « obstacle épistémologique » à la saisie scientifique du sexe comme processus complexe de sexuation irréductible à deux catégories. La biologiste Anne Fausto-Sterling (professeure au département de biologie moléculaire et cellulaire de Brown Université et spécialiste des théories féministes), quant à elle, repense la classification des phénomènes de la sexuation (physiologique, anatomique, chromosomique) et propose une définition du concept de genre incluant la non-binarité en 2000 (Fausto-Sterling et al., 2014). Elle intègre trois sexes supplémentaires : les « herms » qui possèdent un testicule et un ovaire, les « merms » qui possèdent des testicules et certains aspects de l'appareil génital féminin mais pas d'ovaires et les « ferms » qui possèdent des ovaires et certains aspects de l'appareil génital masculins mais pas de testicules (Fausto-Sterling et al.,

2014, p. 72). Ses recherches reconceptualisent les pôles mâles et femelles comme les extrémités d'un « continuum modulable » ((Fausto-Sterling et al., 2014, p. 85). « Il est plus juste de conceptualiser le sexe et le genre comme différents points dans un espace multidimensionnel » (Fausto-Sterling et al., 2014, p. 85).

L'ancien psychiatre d'adultes, parle depuis sa place de psychanalyste lacanien, pour dire qu'il n'est pas toujours pertinent d'encombrer les patient·es d'un diagnostic projeté de la nosographie (Czermak, 2021, p. 184) que ce soit le DSM ou la CIM.

SECTION 2 : LECTURE PSYCHANALYTIQUE

Il convient de revenir à la différence des sexes comme fondement épistémologique de la psychanalyse, et à une lecture rétrospective des théories sexuelles infantiles au prisme des apports freudiens, lacaniens, et de lectures contemporaines pour penser la transidentité – un siècle après que Freud a disjoint le plaisir de la reproduction dans la sexualité.

Nous donnerons toutefois les points de repères nécessaires pour comprendre ce qui se joue pour le sujet au croisement de l'intrapsychique, l'intersubjectif et le social dans ses questionnements et son parcours de transition. Il sera nécessaire d'amener les définitions conceptuelles de la constitution du moi, du moi idéal et de l'idéal du moi, et, des identifications imaginaires et symboliques pour entendre les enjeux psychodynamiques de l'affirmation d'un sujet. Si une lecture historique de chaque concept eût été plus confortable, nous avons privilégié une navigation dialectique entre les concepts. Ainsi, nous avons mis l'accent sur les points de tension, les évolutions paradigmatiques, et les changements destinaux des notions et concepts. Un prétexte en quelque sorte pour repenser l'actualité du sexuel à la lumière des questions contemporaines.

Serge Hefez (psychiatre et psychanalyste) avance que « […] nous sommes tous traversés par cette question-là beaucoup plus qu'auparavant. Comment j'habite ma masculinité, ma féminité ? Qui suis-je comme homme ou comme femme ? Qu'est-ce que ces mots-là signifient pour moi, etc. ? Je dirai que cette interrogation, plus ou moins douloureuse, est très présente » (Hefez & Hiridjee, 2021, p. 30-32). Et d'inscrire dans les enjeux épistémologiques plus complexes que Paul B. Preciado

pointe « La psychanalyse est face à un choix historique sans précédent : soit elle continue à travailler avec l'ancienne épistémologie de la différence sexuelle et légitime de facto le régime patriarco-colonial qui la soutient, devenant ainsi responsable des violences qu'elle produit, soit elle s'ouvre à un processus de critique politique de ses discours et pratiques. » (Preciado, 2020, p. 85). Nous tenterons de repérer les lieux d'énonciation de la psychanalyse et de ceux du sujet (intimité corporelle, psychique, espace social).

Notre approche théorique s'inscrit dans le repérage des processus de subjectivation d'un individu : les théories infantiles et l'approche centrée sur le devenir –, là où une personne (dans son entièreté psychique et corporelle) prévaut sur une éventuelle maladie à un moment donné « L'Approche centrée sur la personne est une philosophie de vie dont l'éthique et les valeurs sont incontournables pour tenter d'élaborer une « évaluation » des degrés d'incongruence. » (Odier, 2013, p. 6). Geneviève Odier (psychothérapeute d'orientation rodgérienne) parle d'une approche de la psychopathologie centrée sur le niveau d'incongruence qu'éprouve le sujet. « Le mouvement interne est en recherche continuelle d'adaptation. Par adaptation, il faut entendre une aspiration permanente d'un équilibre, une congruence. ». Ce sont précisément ces points de congruence et d'incongruence que nous cherchons à entendre dans les entretiens, et à mettre en perspective avec les théories sexuelles infantiles, les motions défensives et les affects conscients et inconscients des jeunes interviewé·es (Petrovic, 2005).

Pour organiser notre marche conceptuelle depuis la différence des sexes jusqu'à la notion contemporaine d'identité de genre, nous suivrons deux balises : la constitution du sujet à la lumière du narcissisme, et, les appuis identificatoires dans le devenir soi à l'appui de la diversité du genre.

CHAPITRE 1 : LES SEXES ET LES GENRES

Nous apportons quelques repères autour de la différence des sexes depuis la théorisation du complexe d'Œdipe et de castration, jusqu'à la façon dont le réel du corps s'articule à l'imaginaire et au symbolique – autrement dit du destin de l'anatomie jusqu'à l'affirmation du sujet à l'appui de son désir. La différence des sexes n'a qu'un référent unique pour les deux sexes anatomiques : le phallus. « La reconnaissance par l'adolescent de cette différence des sexes est l'un des éléments fondamentaux de la structuration du sujet. Le chemin qui déterminera les voies de la sexuation du futur sujet adulte se trace en grande partie dans les modulations du regard et de la voix de la mère. » (Lauru, 2016, p. 6). Si la réponse est rabattue du côté du genre posons alors que le genre neutre ne trouve pas de réponse dans les fantasmes originaires et les représentations fantasmatiques de la bisexualité. Les fantasmes s'édifient sur les bases des identifications primaires aux parents, puis les identifications secondaires : « La butch n'est pas un garçon (psychique) qui aime les femmes, la "grande folle" n'est pas une fille (psychique) qui aime les hommes. S'il n'y a que deux sexes, il y a *n* genres : masculin, féminin, mais aussi gay, lesbien ("je ne suis pas une fille, je ne suis pas un garçon, je suis lesbienne", dit une jeune) » (André, 2021, p. 2).

1.1 La bisexualité

1.1.1 La bisexualité psychique

Freud a introduit la notion de bisexualité psychique par l'intermédiaire de Wilhelm Fliess dans les années 1860-1900 (Assoun, 2007, p. 9-20) : tout être humain aurait des dispositions sexuelles à la fois masculines et féminines au sein des conflits psychiques que le sujet connaît pour assumer son propre sexe. Selon Freud, le principe psychique organisateur commun aux deux sexes mérite une distinction selon qu'elle s'entend au niveau biologique, psychologique ou sociologique.

Ce rappel est rapporté par André Green : la théorie freudienne distingue la bisexualité psychique de la bisexualité biologique. Il serait bancal et erroné d'établir des équivalences terme à terme entre chacun de ses niveaux : biologique, psychologique ou sociologique (Laplanche, 1973, « Le genre neutre », Section I, Points de repères pour la bisexualité psychique, p. 391). Ce point précis donne une direction pour penser un nouage entre le corps de naissance, l'affirmation dans le genre souhaité et la sexualité. André Green affine la distinction entre le corps et le soma : « Le soma, c'est vraiment l'organisation biologique. Le corps lui est traversé par la libido, par le signifiant. Avec le soma, il y a là une possibilité d'intégrer le modèle de la psychosomatique en psychanalyse » (Green, 2003, p. 41).

Julia Serano, chercheuse et personne concernée que nous avons citée dans la section précédente de la littérature médicale, exprime sa totale opposition avec le point de vue de la clinicienne suscitée. Son souhait de transitionner a été avant tout guidé par le choix de faire confiance à ses sensations corporelles qu'elle nomme son sexe subconscient « peut-être pas surprenant si après avoir commencé mon traitement hormonal, le changement le plus rapide que j'ai pu ressentir dans mon rapport au corps a été une atténuation de ma dissonance de genre – c'est-à-dire de la tristesse chronique liée au genre que j'avais toujours charriée avec moi, depuis aussi longtemps que je pouvais m'en souvenir. » (Serano & Grunenwald, 2020, p. 171).

1.1.2 La bisexualité et le fantasme

Poursuivons avec Freud sur le lien entre la bisexualité et le fantasme qui voit dans la bisexualité l'intérêt d'une problématisation psychologique. Il exploite la signification bisexuelle et le fantasme personnel avec les symptômes hystériques. En 1919 avec *Un enfant est battu*, Freud avance que chez tout individu le combat des caractères sexuels serait le motif du refoulement ; le refoulement est « contre-sexe ». En bref, c'est en s'identifiant que le sujet endosse le rôle masculin et/ou féminin auxquels Freud attribue des destins en couple d'opposés pour décrire la doctrine pulsionnelle : actif/passif.

Sur ce point, Judith Butler émet une vive réserve sur le concept de la bisexualité quant à son opérabilité puisqu'elle l'assimile à deux désirs hétérosexuels si on lit que la part féminine veut un objet masculin, et la part masculine un objet féminin (Pommier, 2011). Nous retenons que le concept de bisexualité a eu l'audace de déplacer la dialectique duelle homme/femme vers des fonctions inconscientes du masculin et du féminin comme Judith Butler le souligne dans la seconde édition de *Trouble dans le genre* (1999) (Butler, 2006, p. 26).

Cet appui théorique permet d'insister sur le fait que c'est grâce à la constitution du fantasme de l'autre sexe (dans le triangle œdipien) que la bisexualité psychique s'organise (Laplanche, 1973, p. 394). En dernier lieu, nous écartons l'idée de la prévalence du féminin évoquée dans le texte *Sur la sexualité féminine* (1931) (Freud, 2014). Freud apporte dans la conférence « Féminité », *Nouvelles conférences de la psychanalyse* (1915-1916) (Freud, 1999), une distinction importante qui nourrit le fil de notre réflexion : entre la fonction sexuelle et la discipline sociale.

Sur la construction du féminin, Agnès Oppenheimer met en tension la notion de bisexualité et d'identité en soulignant que la première est plus « fructueuse » pour décrire les deux sexes et les deux genres que la notion d'identité. « L'identité renvoie à un idéal et la possibilité d'un déni des pulsions tandis que la bisexualité engage à en travailler l'intégration. La notion d'identité sexuelle serait une condition de constitution de l'appareil psychique et de l'accès aux complexes. Les

troubles sexuels sont liés à l'identité sexuelle même s'ils ne sont pas identifiables aux troubles de l'identité qui, s'ils relèvent d'une carence, s'articulent à la psychosexualité, c'est-à-dire à la pulsion et aux conflits. » (Oppenheimer, 2011, p. 38).

Vincent Bourseul prolonge la réflexion théorique formule que la bisexualité psychique encourage un écrasement, une mise en échec des tentatives de dépassement de la binarité. « L'au-delà de la binarité n'est pas la non-binarité, ni sa seule extension ou complétude apparente autre que l'ajout d'une nouvelle représentation façon marketing 2+1. Il propose que la « bisexualité psychique constitutive » veut dire que l'on est : et homme et femme et gay et trans, non pas en même temps, mais en un même lieu celui de l'inconscient [64].

1.2 La sexuation

La théorie psychanalytique d'orientation lacanienne propose le terme de sexuation pour penser la différence des sexes entre homme et femme. Lacan conceptualise ces positions en proposant des formules sous forme d'écriture logique en tableau dans *Encore*, Le Séminaire, Livre XX (1974) (Lacan, 1973, leçon du 13 mars 1973). Il montre que les discordances du côté homme et femme ne sont pas complémentaires. Il remet ainsi en question les normes sexuelles et l'idéal freudien de la satisfaction de l'accession à une relation d'objet (l'idéal de « l'amour génital »). Lacan propose l'aphorisme « il n'y a pas de rapport sexuel » (Lacan, 2011, leçon du 8 décembre 1971)[65]. Si les discordances homme/femme sont vaines, elles se rapportent à la conséquence structurale du langage et donc d'une logique

[64] Nous reprenons le texte de l'allocution prononcée lors de la Journée du Réseau de santé sexuelle publique, le 23 novembre 2022, à l'Hôtel de Ville de Paris.

[65] La citation dans le contexte est « A vider ce verbe donc, j'en fait argument, c'est-à-dire quelque substance, ce n'est pas « dire » c'est « un dire ». Ce dire, celui que je reprends de mon séminaire de l'année dernière, s'exprime comme tout dire dans une proposition complète : « il n'y a pas de rapport sexuel », Lacan, 1971, Ou pire, Livre XIX, leçon du 8 décembre 1971.

de l'inconscient à la manière de connecteurs logiques qui viendraient se mettre en place dans l'après-coup (l'élaboration secondaire) « Chaque signifiant renvoyant à un autre signifiant la vérité ne peut se dire toute. Il y a un refoulé primordial qui ne peut passer par le dire. » (Darmon, 2004, chapitre IX consacré à la sexuation, p. 320-321).

Pour resserrer le lien avec notre étude, soulignons que ce qui est subverti par les effets du langage ne prend pas une valeur féminine, masculine ou neutre puisque la théorie du phallus s'applique. Il est constitué par un signifiant représentant les effets du signifiant sur le sujet, autrement dit l'orientation du désir réglé par l'interdit. L'orientation du sujet par rapport au phallus ne nous renseigne guère plus sur la différence des sexes et des genres. Les questions qu'apportent la transidentité ne sont donc que très partiellement éclairées par l'héritage freudien, si l'on s'en tient au garçon qui devrait renoncer à être le phallus de sa mère pour accéder aux insignes de virilité proposés par le père, et à la fille qui s'identifie à l'objet de son désir.

1.2.1 Le rapport au phallus

La différence des sexes a un référent unique pour les deux sexes anatomiques (le phallus), – symbole de la libido pour les deux sexes (signifiant d'un manque). Le phallus comme signifiant pose une énigme à tout individu pour savoir ce qu'il n'est ou de qu'il n'a pas, obligeant l'humanité entière à ce que Jacques Lacan désigne comme « l'intervention d'un paraître » (Alfandary, 2019, p. 32).

Le phallus recouvre ainsi une valeur imaginaire pour l'enfant qui attribue au pénis la qualité d'être le représentant de la différence des sexes. Avant d'aboutir à une théorisation du phallus comme signifiant du désir, Jacques Lacan articule le phallus imaginaire et symbolique à partir du complexe de castration freudien et dégage dans une première approche l'enjeu symbolique du phallus dans l'inconscient et sa place dans l'ordre du langage en 1958 (Lacan, 1966, *Ecrits II*, La signification du phallus, p. 163). Ce dernier en fait d'abord l'objet du refoulement originaire freudien avant de remanier son approche.

En 1972-1973, Jacques Lacan conjoint deux problématiques autour de la théorie du phallus. Le phallus devient fonction phallique d'une part, et d'autre part à l'appui de la topologie des nœuds, le phallus constitue ce qui fait tenir une distinction radicale. Écrire en termes de « fonction » entérine ainsi le hiatus entre homme et femme, et vient attester qu'il n'y a pas de rapport sexuel entre les deux sexes (Lacan, 2005, Leçon du 13 mars 1973). Il n'y a donc pas d'essence ou de nature masculine, féminine ou autre car « qui que ce soit de l'être parlant s'inscrit à gauche (masculin) ou bien à droite (féminin) » (dans le tableau l'écriture algébrique des « Formules de la sexuation » (Sciara, 2011, Annexe III, p. 316). Il y a des positions masculines ou féminines dans la façon d'habiter le langage. Nous en déduisons que le signifiant « neutre » pourrait aussi représenter un sujet puisque le phallus est « Signifiant de la jouissance sexuelle ; il est le point où s'articulent les différences dans le rapport au corps, à l'objet et au langage » (Chemama & Vandermersch, 2018, p. 436).

1.2.2 Jouissance narcissique et jouissance phallique

La notion du narcissisme freudien se retrouve chez Jacques Lacan corrélée à la jouissance (aux rapports de satisfaction qu'un sujet peut attendre de l'usage d'un objet) – ce que Freud avait amené avec l'au-delà du principe de plaisir et de la répétition avec la pulsion de vie et de mort. Dans le texte « La logique du fantasme » (le fantasme comme scénario de la jouissance), Jacques Lacan distingue la jouissance narcissique de la jouissance phallique. Dans une perspective psychanalytique, il déplace la question philosophique de l'idéal à atteindre pour l'être humain. Il s'agit de la question de la place plutôt que de l'essentialisation de l'être parlant. La jouissance narcissique concerne l'illusion d'unité de l'image corporelle tandis que la jouissance phallique émerge de la confrontation de l'Autre dont l'objet phallus se porte comme barrière. « Ceci par l'intervention d'un paraître qui se substitue à l'avoir, pour le protéger d'un côté, pour en masquer le manque dans l'autre, et qui a pour effet de projeter entièrement les manifestations idéales

ou typiques du comportement de chacun des sexes, jusqu'à la limite de l'acte de la copulation, dans la comédie. » (Lacan, 1966, Ecrits II, p. 172).

Nous rappelons aussi que Jacques Lacan a rebattu la valence de la bisexualité psychique avec le concept du phallus en 1958, et a affirmé que le phallus c'est ce qui châtre en translatant le phallus imaginaire en phallus symbolique. Il intègre la castration et l'interdit de l'inceste dans le signifiant phallique et le sinthome sexuel. L'identité sexuée est envisagée sous l'angle du semblant avec le faire-homme et le faire-femme « dans leur relation à l'autre partie ». « (…) à l'âge adulte il est du destin des êtres parlants de se répartir entre hommes et femmes et que pour comprendre l'accent qui est mis sur ces choses, sur cette instance, il faut se rendre compte que ce qui définit « l'homme » c'est son rapport à « la femme », et inversement. » (Lacan, Livre XVIII, *D'un discours qui ne serait pas du semblant*, Leçon du 20 janvier 1971).

Dans une approche contemporaine, Vincent Bourseul propose de considérer l'identité sexuelle comme un symbole, et de réinterroger la différence des sexes (depuis le point de vue freudien de « l'anatomie ») et d'en mesurer les conséquences sur le psychisme à partir des critiques et des divergences formulées en leur temps par Horney, Weininger mais aussi Abraham, Ferenczi ou Deutsch (Bourseul, 2015).

Le corps n'est pas libre de la pulsion, le moi lui-même est surface corporelle remaniée ou non d'ailleurs selon qu'il se conforme aux enjeux sociaux. Une voie d'accès au pulsionnel s'invite par le fait du langage. « La question des identités sexuelles comme symboles, car nulle ne contesterait aujourd'hui que « homme » ou « femme » sont des symboles tant leur fonction de repérage opère par-delà l'appréciation personnelle que l'on s'en fait ou la traduction qui leur est dévolue » (Bourseul, 2013, p. 129). Vincent Bourseul parle de « tentative de liberté subjective » pour la démarche de la transidentité et propose une avancée topologique depuis le tableau de la sexuation (Bourseul, 2013, p. 129).

CHAPITRE 2 : L'IDENTITE DU SUJET

La conception même de l'appareil psychique avec ses différentes instances s'oppose à toute formalisation d'une identité stable et donnée d'emblée (Gayon, 2020, p. 102-118). En ce sens, le concept de l'identité est antinomique à l'édifice métapsychologique contrairement aux psychanalystes américains qui ont théorisé le noyau de l'identité dans un article princeps est publié dans the *International Journal of Psychoanalysis* (1964)[66].

2.1 Le concept d'identité

Bien qu'absent de l'édifice freudien « L'identité habite la psychanalyse comme spectre qui l'engage dans une archéologie qui ruine toutes perspectives de lui fournir une assise constituée une fois pour toute et qui donne à l'esprit humain un avenir où il devient responsable de son devenir » selon François Villa (Gayon, p. 118)[67].

2.1.1 Les composantes de l'identité

Bien que cette section de la revue de littérature soit consacrée à la lecture psychanalytique, nous abordons les composantes de l'identité par l'identité numérique car il s'agit de celle dont on se sert ordinairement pour (se) compter « une notion transcendantale qui s'applique à toues les genres ontologiques : elle se prédique non seulement des objets concrets spatio-temporels mais aussi de leurs propriétés, des objets abstraits (nombres, ensembles) ou bien encore des entités intensionnelles comme les concepts ou les propositions exprimées par les

[66] Cet article sera réédité en 1977 dans « *The dilemma of Human Identity* » (Lichtenstein, 1963).
[67] Cité depuis le chapitre « Le spectre de l'identité », *Le dictionnaire encyclopédique de l'identité* 2020, p. 102-108.

énoncés. » selon le philosophe du langage Filipe Drapeau Contim (Drapeau Contim, 2010, p. 16-17).

Par-delà l'identité numérique du « un » et du « deux », c'est l'identité qualitative du sujet qui prend son sens au fil des changements et remaniements subjectifs de la vie d'un sujet. L'identité de la personne persiste même si le prénom d'usage change à l'état civil. L'identité et le changement ne sont pas incompatibles. « Si avoir des souvenirs autobiographiques est une propriété psychologique des personnes, alors la relation d'identité appliquée aux personnes requiert vraisemblablement la permanence d'une telle propriété. » (Drapeau Contim, 2010, p. 15). Bien que le philosophe suscité distingue l'identité numérique et l'identité qualitative (la variabilité au cours du temps) dans sa tentative de définition de l'identité, il conclut à « l'identité *tout court* ».

Chercher une théorie formelle de l'identité conduit à adopter une logique « A = A » (symbole de l'identité numérique en mathématiques) et donc un prédicat à deux places. Pour se départir du piège de la circularité (du même) et apporter de la division théorique, il introduit la théorie de Leibniz[68] de l'indiscernabilité, et ainsi « s'affranchit des limitations du contexte pour signifier que l'identité qualitative à l'égard de toutes les propriétés, sans restriction » (Drapeau Contim, 2010, p. 24). L'identité est posée, dans l'épistémologie philosophique, comme réflexive et indiscernable. Ainsi, elle résiste au temps et aux variabilités. Si le changement s'inscrit dans l'expérience humaine ordinaire, qu'en est-il l'identité du sujet au fil du temps au travers des acquis du développement (langage, moteur, psychique), des changements pubertaires et de son désir ?

[68] « Si deux termes singuliers désignent le même objet, alors on peut substituer toute occurrence toute occurrence de l'un par une occurrence de l'autre sans modifier la valeur de vérité de la phrase dans la quelle on effectue la substitution. » selon F. Drapeau Contim (p. 22), op. cit.
L'auteur prend l'exemple de l'auteur de *La Vie devant soi*. Romain Gary et Emile Ajar (1975).

2.1.2 L'objet a[69]

De façon contemporaine, le psychanalyste Charles Melman reprend ce point de jonction : « Ce trait [l'identité] vient se situer à l'intersection du psychisme individuel et collectif, agissant comme un idéal à satisfaire. »[70] (Chemama & Vandermersch, 2018, entrée "Objet *a*", p. 402-404). Il propose de distinguer quatre composantes de l'identité sur le modèle des registres de la subjectivité et du symptôme. La première est une composante imaginaire liée au regard de l'autre et au moi-idéal. La seconde est symbolique, en lien avec l'assentiment paternel et la dette (« la bénédiction », le bien dire). La troisième est la composante réelle qui intervient avec le retour du refoulé, et avec l'anatomie. Et la dernière est située dans le champ de la psychopathologie. Il s'agit de la composante symptomatique, dans le sens où un point vient définir une particularité identitaire via le symptôme du sujet (son fantasme).

En 2002, Charles Melman ajoute une cinquième composante avec l'identification à l'objet *a* qui pourrait permettre un autre nouage entre le réel, le symbolique et l'imaginaire, à l'appui clinique de la dernière leçon du séminaire de Jacques Lacan où il évoque l'écriture de Joyce (Fierens et al., 2018, « 6 - Comment garder la trace du réel ? Le sinthome et le fantasme », p. 255-283). Nous comprenons que, dans ce cas précis, la trace du réel (dans le sens où il fait point de butée/limitation) n'est pas complètement perdue ; dans la démonstration des nœuds borroméens le rond du symbolique est limité et arrêté par le rond réel, et vice-versa. Il est à la fois réparation dans le sens de construction à trois étages qui vient faire tenir le symbolique et en même temps la réparation du système de la personnalité unifiée (réparation du trèfle). Ainsi, il exclut une forme commune, un trait unique, qui serait l'identité. Elle implique de se mettre dans une position d'altérité par rapport à sa propre subjectivité, et vis-à-vis de soi-même. Il la définit comme pouvant porter une certaine menace et inviter « à se faire autre ». Le caractère unitaire de la

[69] Selon Jacques Lacan, il s'agit de l'objet cause du désir. L'objet petit *a* n'est pas un objet représentable comme tel. Il peut être identifié sous forme d'éclats partiels du corps et est réductible à : l'objet de la succion (sein), l'objet de l'excrétion (fèces), la voix et le regard selon le *Dictionnaire de la psychanalyse*, entrée « Objet *a* », op. cit.

[70] https://www.comite-freud.com/le-comité/l-identité

conscience est donc battu en brèche par la psychanalyse ; le sujet ne se définit qu'au travers de la relation à ses géniteurs « […] le Moi inconscient ruine l'idée de l'unité du Moi et par conséquent la notion même de l'individu. » (Green, 2003, p. 82), de sa filiation imaginaire et du fantasme du désir qui a présidé à la naissance de l'enfant.

L'identité du sujet est donc supportée par le regard des autres ; elle lui assigne une place au sujet dans un groupe. La solidité est assurée par les origines, l'histoire personnelle et le patronyme qui joue aussi un rôle décisif. L'usage signifiant du nom propre fait écho au prénom choisi (versus le prénom de naissance) dans les parcours d'affirmation (González, 2018). Nous interrogeons ce point de vue à la lumière du redéploiement des catégories de genre et du ciscentrisme. Julia Serano revient sur les assignations qui fonctionnent comme des « signaux visibles et auditifs » et revient sur ce qui définirait une femme ou un homme « (…) que ce soient les gènes, les chromosomes, la structure cérébrale, les organes génitaux, la socialisation oui le sexe d'état civil qui figure sur un certificat de naissance ou une carte d'identité (…) ces facteurs ne jouent généralement pas le moindre rôle dans la façon dont nous assignons quotidiennement un genre aux gens. » (Serano & Grunenwald, 2020, p. 111).

2.1.3 La différenciation et la subjectivation

Le concept analytique de subjectivation, processus complexe et paradoxal, a été introduit par Jacques Lacan dans les *Écrits* (pendant la période de l'après-guerre) à l'appui du texte freudien « Pulsions et destins des pulsions » (1915) (González, 2018). Il a été ensuite théorisé par André Cahn avec la notion de sujet (Cahn, 2016). L'acte de subjectiver signifie s'approprier ses éprouvés subjectifs, en faire son affaire en quelque sorte, les intégrer dans son Moi, faire exister ce qu'on a éprouvé dans sa chair, et dans le même temps se reconnaître assujetti (Penot, 2018) – opération qui se réalise dans et par le langage.

« Qu'est-ce que ça veut dire : subjectiver ? sinon saisir, s'approprier, en même temps que faire exister ce qui a été découvert jusqu'à l'éprouver dans sa chair, ce qui a été retrouvé de soi et de sa relation avec l'autre, à travers le pouvoir métaphorique du langage qui s'efforce sans cesse d'ouvrir des brèches dans la clôture de la pensée […] je me demande dans quelle mesure on ne pourrait pas proposer un autre synonyme à "subjectiver", "réaliser" ce serait "sublimer", soit ce passage de la pulsion de savoir au plaisir de la découverte ? » (Brusset, 2017, p. 175-176) ; circuit libidinal (passage de la pulsion orale à anale) qui transite par la demande de l'Autre sous l'effet du langage. La subjectivation passe par la différenciation. Le sujet doit se différencier, ce qui lui permet de reconnaître sa propre division (se compter un) (Lacan, L'identification, Leçon du 6 décembre 1961).

Le sujet se reconnaît dans les empreintes inscrites en lui à travers l'histoire familiale qui le précède, les vœux parentaux, « l'empreinte »[71] maternelle et paternelle, etc.[72] André Cahn pointe que la dimension du corps (de naissance, psychique, etc.), est particulièrement prégnante à l'heure des changements pubertaires féminisants ou masculinisants (moment électif).

Le concept d'identité pose à la psychanalyse la question de la continuité de soi-même et de la cohérence du moi dans l'espace et le temps, d'autant plus lorsqu'il y a l'annonce d'une affirmation singulière. Comment le sujet maintient-il une cohérence psychique alors qu'il traverse des modifications sociales et/ou hormonales et/ou juridiques et/ou chirurgicales au fil des âges de la vie ? est-ce une affirmation qui chemine ou transite vers une identité de séparation ? Est-ce une identification discordante ou une désidentification dans le sens d'un dégagement

[71] Nous reprenons les termes « l'empreinte du désir » et « le fantasme parental » en référence au chapitre sur « Le genre neutre », de André Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (2007), p. 393, op. cit.

[72] « Par l'effet de parole il se réalise toujours plus dans l'Autre, mais là il ne poursuit déjà plus qu'une moitié de lui-même – vous verrez que c'est là-dessus que je vous ramènerai – il ne trouvera son désir que toujours plus divisé, pulvérisé, dans la cernable métonymie de la parole. L'effet de langage est tout le temps mêlé à ce quelque chose qui est le fond de l'expérience analytique, l'actualisation de ce qu'il n'est sujet que d'être assujettissement, assujettissement au champ de l'Autre. », *Les quatre concepts fondamentaux*, Le Séminaire (Livre XI), Leçon du 20 mai, 1964, (1963-1964).

d'un faux-self, d'un éloignement d'une première nomination des parents, des médecins, de l'état civil, du corps anatomique qui viennent de concert dire : tu es une fille, tu es un garçon, tu es cela ? une identité d'affirmation donc. L'identité pose une seconde question abyssale : de quelle façon l'*infans* accède t-il à l'identité (Hurstel, 2001) ? Ainsi, le destin freudien, préalablement ficelé au biologique, à l'anatomie et au manque de pénis, change d'aiguillage avec Jacques Lacan pour être référé au signifiant phallus (1968) avec le complexe de castration mentionné précédemment. Pour mémoire, le complexe de castration s'entend dans une perspective freudienne comme les conséquences inconscientes l'absence de pénis chez la fille et la menace de castration chez le garçon depuis le *Dictionnaire de la psychanalyse*. Depuis une lecture lacanienne, ces conséquences sont déterminées depuis la soumission du sujet à un élément qui est déterminant (le signifiant) ; en ce sens, le phallus désigne la perte liée à la prise de la sexualité dans le langage.

Le fonctionnement de l'inconscient n'a résolument rien de biologique le phallus, en tant que signifiant, est commun aux deux sexes. Chacun·e a à s'en débrouiller et à préciser sa propre couleur pour se situer subjectivement avec le plus ou moins féminin, masculin, neutre… (Vives, 2003)[73]. Le sexe anatomique/biologique/génétique reste un repère (un donné) pour le sujet par rapport à lui-même (à une coupure signifiante dit Jacques Lacan sur un versant analytique)[74]. Cette balise est nécessaire, mais pas toujours suffisante pour que le sujet s'oriente et sache ce qu'il en est pour lui concernant son identité sociale et ses choix d'objet. Le sujet se repère aussi à partir de la parole de ses semblables, à l'Autre social, et à des identifications visibles depuis les réseaux sociaux et Internet (Lerude, 2017b).

[73] « La signification du phallus », *Écrits II*, (1966), p. 694, cité dans Vives, J.-M. (2003). *La vocation du féminin.* Cliniques méditerranéennes, 68(2), 193.

[74] Lacan a repris l'assertion freudienne de 1924 « l'anatomie c'est le destin », en soulignant l'importance d'entendre le sens étymologique du terme *anatomos* (couper) au sens d'une coupure signifiante dans Jacques Lacan, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Le Séminaire (Livre XI), 1973, p. 161, op. cit.

2.2 La constitution du sujet

2.2.1 Lien entre identité et narcissisme

Pour avancer dans le parcours conceptuel, nous prenons appui sur le concept freudien du narcissisme. Agnès Oppenheimer, par ailleurs pionnière dans la lecture des études sur le choix du sexe chez Robert Stoller, relève que nombre d'auteurs anglophones de l'Ego psychologie comme Heinz Lichtenstein, Heinz Kohut, et d'autre comme Donald Winnicott, ont théorisé l'identité à partir du concept princeps de narcissisme, et ont mis l'accent sur les rapports du moi avec le monde extérieur (plutôt qu'à partir des stades de développement psychosexuels). Elle invite à la prudence vis-à-vis de la notion d'identité qui véhicule l'idée que les pathologies sont amendées par l'évolution de nos sociétés contemporaines. Elle soutient qu'il est préférable de ne pas souscrire à l'idée que les modifications épocales annulent les postulats théoriques. « Abolie du modèle psychanalytique freudien, l'identité revient du dehors par le biais des discours de personnes dites "border-line", et dans les théorisations des analystes qui ont tendance à construire des théories nouvelles, adaptées à la "nouvelle" pathologie, mais souvent incompatibles avec la métapsychologie. » (Oppenheimer, 2010, p. 9)[75].

Au-delà de la reconnaissance du narcissisme dont Freud convient pour l'individu (depuis les perversions sexuelles et les troubles psychotiques), le concept du narcissisme a permis d'élargir la compréhension du développement libidinal et de la structuration du moi.

[75] Cette référence à l'Ego psychologie mérite d'être précisée. Deux périodes sont à distinguées dans le concept : Heinz Hartmann dans les années 1950-1960, et, Jacob Arlow et Charles Brenner à partir des années 1970.

2.2.2 La constitution du moi

Dans *Le Moi et le ça* (1923), Freud a écrit que le moi porte une « calotte acoustique » des mots à un niveau qui ne réside pas dans la signification mais dans des restes mnésiques de mot entendu. Quelle(s) résonance(s), les mots tels que le nom inscrit à l'état civil et les pronoms du genre choisi, ont-elles sur le corps ?

D'autre part, Freud parle d'un moi qui est avant tout un moi-corps : « Il peut être considéré comme une projection mentale de la surface du corps et représente la surface de l'appareil mental » (Freud, 2001, p. 270)[76]. Autrement dit, le seul et unique accès que l'individu ait à son corps passe par le moi. Ce point semble pertinent à isoler puisque la transidentité procède d'un mouvement asynchrone entre le ressenti du corps et l'image du sexe anatomique ; le moi freudien étant le siège de la conscience et des manifestations inconscientes.

Le renouveau de la seconde topique freudienne établit un lien entre les dimensions psychique et somatique. Freud déduit que la pulsion est un concept limite « entre psychique et somatique, le représentant psychique des excitations, des stimuli issus de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposé au psychique en conséquence de sa liaison au corporel. » (Freud, 2018, p. 17-18)[77].

Si la théorie des pulsions rappelle que le moi est avant tout corporel, il s'agit d'un corps pris dans le langage. Ce repère théorique est précieux pour les parcours d'affirmation où la dimension d'angoisse et de souffrance psychique et présente lorsque le corps sexué effracte l'image du corps de l'enfance. Le moi s'aménage entre les conflits psychiques et les clivages pour lutter contre les agressions du monde extérieur, les normes, les stéréotypes.

Nous retiendrons pour éclairer l'affirmation de la personne que, si le moi freudien est le produit de la différenciation avec le ça inconscient, il est constitué par le corps

[76] Freud S. (1922), « Le moi et le ça », *Essais de psychanalyse*, Paris, PBP, p. 270, 2001.
[77] Freud S. (1915), « Pulsions et destins des pulsions », Métapsychologie, Paris, Gallimard, p. 17-18, 1968.

propre là où des images visuelles et sonores sont inscrites dans la psyché. Ainsi, peut-on formuler que le moi est le fruit transitoire d'un développement. L'infantile est ainsi une création d'événements qui ne sont pas circonscrits à la constitution du moi ou à l'adolescence, mais qui interviennent tout au long de la vie d'un sujet (Benhaïm & Rassial, 2006, p. 7-9). Le modèle structural qui met en jeu le corps sexué peut se représenter à l'occasion de « moments juvéniles » (Garcia-Fons & Solal, 2016, p. 26).

2.2.3 Le narcissisme

Nous faisons un détour historico-théorique par le concept du narcissisme pour mettre l'accent sur la perception qu'un sujet a de lui-même, de soi, et de sa permanence au décours des changements pubertaires et des représentations inconscientes, pour ensuite faire le lien entre narcissisme et idéal du moi. Dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1910), le concept du narcissisme est repris pour ébaucher un stade de développement de la libido en lien avec l'homosexualité. Freud soutient que la personne homosexuelle choisit l'objet de ses amours en fonction de son propre narcissisme (Freud et al., 2011). Le concept reste, à cette époque, situé du côté de la psychopathologie et de la clinique des perversions. C'est avec le cas du Président Schreber que le narcissisme est considéré comme un stage de développement de la libido, stade intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'amour d'objet (Freud, 2018a)[78], où on assiste à la bascule du corps de la personne propre comme objet d'amour au choix objectif vers un objet tiers. L'introduction du narcissisme postule ainsi leur rassemblement sur le moi et la translation de la satisfaction pulsionnelle à l'amour d'objet.

En premier lieu, l'objet est d'abord le moi (et l'investissement des organes génitaux). L'amour narcissique est donc une étape nécessaire vers l'amour objectal.

[78] Le président Schreber : remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*dementia paranoides)* décrit sous forme autobiographique. « (…) l'individu en voie de développement rassemble en une unité ses pulsions sexuelles, qui jusque là, agissaient sur le mode auto-érotique, afin de conquérir un objet d'amour, et il se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps, pour objet d'amour avant de passer au choix objectal d'une autre personne. », p. 134, Payot, 2018.

« Fondamentalement, l'investissement du moi [le narcissisme] persiste et se comporte envers les investissements d'objet comme le corps d'un animalcule protoplasmique envers les pseudopodes qu'il a émis. » (Laplanche et al., 2007, entrée "Libido du moi – Libido d'objet", p. 226-228). Jacques André synthétise ce point important sur le narcissisme comme suit : « L'une des conséquences de l'introduction du narcissisme est de faire choir hors du champ de la théorie analytique la question du vital, de l'autoconservation, tant sa reprise sous le registre global des pulsions du moi gomme des distinctions importantes. » (André, 1999, p. 7). Nous saisissons la tension duelle entre le réservoir narcissique et les investissements objectaux. L'amour narcissique précède l'amour objectal ; le moi est composé d'une quantité nécessaire de libido narcissique pour assurer sa protection et promouvoir ses propres intérêts.

Freud lie le narcissisme au visible (le deuil, l'hystérie). En conséquence, le narcissisme est relié au sujet et à ses pulsions et à son regard. Il ébauche un lien plus ou moins net entre l'investissement libidinal du père et de la mère, les manifestations de la tendresse parentale vers l'enfant au travers de la reviviscence de leur propre narcissisme « L'amour des parents, si touchant, et au fond si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature. » (Freud, 1985, p. 96).

Ainsi, un point de contact entre le narcissisme, le moi et l'idéal du moi s'esquisse[79]. L'idéal du moi est une formation psychique qui appartient au registre de l'imaginaire, et qui est représentative de la première ébauche du moi investi au niveau libidinal (Chemama & Vandermersch, 2018, entrée "Idéal du moi", p. 259-260). Freud établit un parallèle entre l'estime de soi et les investissements

[79] « Le narcissisme chez Freud », *Conférence d'introduction à la psychanalyse* par Marie-Françoise Laval-Hygonenq, janvier 2021.
https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/introduction-psychanalyse/comptes-rendus-recents/le-narcissisme-chez-freud

libidinaux : « il faut distinguer deux cas, selon que les investissements d'amour sont conformes au moi ou au contraire ont subi un refoulement. » (Freud, 1999, p. 103).

2.2.4 Le narcissisme et l'idéal du moi

Freud rapproche les notions de moi idéal et d'idéal du moi (auquel il associe les identifications parentales avec le surmoi). Pour notre sujet, il est important de saisir l'articulation entre l'individuel et le collectif, l'idéal qui porte le regard de l'Autre social (famille, les paires, le groupe, etc.).

Freud écrit dans *Pour introduire la narcissisme* (1914) : « De l'idéal du moi une voie importante conduit à la compréhension de la psychologie collective. Outre son côté individuel, cet idéal a un côté social, c'est également l'idéal commun d'une famille, d'une classe, d'une nation. » (Cruciani, 2009, p. 117).

Quelques années plus tard, Jacques Lacan fait son miel du texte de 1914 en distinguant les deux notions (moi idéal et idéal du moi »[80]. Jacques Lacan prolonge la théorie avec le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je en 1949. Le moi idéal est élaboré depuis l'image du corps dans le miroir ; cette image est essentielle pour l'*infans* puisqu'elle est le support de l'identification primaire à son semblable. Le sujet est ainsi aliéné dans la capture imaginaire. Il est nommé : tu es Pierre, Paul, Jacques… Les identifications secondaires se mettent en place et le Je s'objective dans son rapport à la culture et au langage par la voix et le regard de la mère (Lacan, 1966).

Sur ce point, Didier Lauru précise que la place de ces deux objets (voix et regard) pour le nourrisson est directement orientée par la différence des sexes. « Elle sera prépondérante pour la constitution de l'identité sexuée du sujet. La mère est située à une place d'idéal du moi par l'enfant au miroir. Le corps pubère aura à revivre

[80] La distinction des deux notions est développée dans *Les écrits techniques de Freud*, Le séminaire Livre I (1953-1954), au chapitre XI, p. 205-225, et dans *L'angoisse*, Le séminaire Livre X (1962-1963) qui reprend ce schéma, à l'appui de l'apport sur l'identification traite de l'objet *a*, avec les axes imaginaire et symbolique.

cette expérience du miroir. D'une part, quand il sera confronté à son être sexué de façon plus vive et, d'autre part, quand il aura à se situer phalliquement dans les différents avatars des phases amoureuses. La différence des sexes n'a, en effet, qu'un référent unique pour les deux sexes anatomiques, c'est le phallus. La reconnaissance par l'adolescent de cette différence des sexes est l'un des éléments fondamentaux de la structuration du sujet. Le chemin qui déterminera les voies de la sexuation du futur sujet adulte se trace en grande partie dans les modulations du regard et de la voix de la mère. » (Lauru, 2016, p. 366).

Ainsi, on saisit que la psychanalyse entend avec le concept du moi regrouper l'ensemble des images, du corps, et des signifiants qui viennent identifier un sujet dans la vie sociale. La notion d'identification ramène à la singularité de chaque sujet dans son inscription inconsciente, au-delà de sa propre connaissance consciente. En ce sens, l'inconscient est conçu comme « cette partie du discours concret en tant que transindividuel, qui fait défaut à la disposition du sujet pour rétablir la continuité de son discours conscient [considérant, alors que] l'inconscient participe des fonctions de l'idée, voire de la pensée » (Lacan, 1966, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », chapitre I, La parole vide et la parole pleine dans la réalisation psychanalytique du sujet, p. 258).

2.3 Les identifications

L'identification est un mécanisme qui tend à rendre le moi propre semblable à l'autre pris comme modèle, et aux autres du collectif. Le « moi copie » selon Freud. Il dégage trois types d'identification pour penser cette notion dans sa dimension sexuée, au travers des figures parentales et des semblables.

La première identification est dite primordiale (primaire ou inaugurale), c'est l'identification au père. Puis, la seconde est l'identification à l'objet auquel on est amené à renoncer ; le sujet s'y identifie ce qui est une façon de le conserver, de refuser de le perdre (sur le modèle de l'incorporation orale, du cannibalisme). Enfin, la troisième identification est qualifiée d'hystérique. C'est l'identification au symptôme d'une personne de son entourage, dès lors que l'inconscient perçoit que le symptôme de cette personne est fondateur d'une communauté de désir possible avec elle, et peut être lu comme l'expression de sa propre nostalgie d'objet qui fait défaut (Chauvel, 2002).

L'identification s'organise donc à partir du moi du sujet et des interactions de l'espace social et du regard des autres. Martine Lerude explicite ce lien avec l'identité en disant que : « Si l'identification est un concept analytique qui suppose un mouvement, une dialectique déployée à partir du noyau originaire qu'est l'idéal du moi symbolique en relation avec l'altérité, en revanche l'identité s'exerce à partir du collectif, de l'organisation sociale qui classe range et assigne à une place ; place à laquelle le sujet consent plus ou moins mais dont il est aussi responsable. Le procès des identifications est certes indissociable de l'identité mais l'identité en serait en quelque sorte la part visible positivée sociale. » (Lerude, 2020, p. 55).

Ainsi, l'identification relève d'un processus intra et intersubjectif où se croisent, dialoguent, et s'articulent les relations aux objets externes et relations aux objets internes, peut être considérée comme une voie royale de la transmission psychique (Ciccone, 2012).

2.3.1 Les identifications à l'adolescence

Les transformations pubertaires (l'irruption de la génitalité), en tant que contrainte pulsionnelle interne, constitue pour Freud un repère important, au même titre que l'environnement qui vient modifier les processus de subjectivation et de différenciation. C'est à partir de l'exigence d'une pensée propre précise André Cahn que le processus de différenciation permet de s'approprier le corps sexué, d'utiliser les capacités créatives du sujet et l'aptitude à se représenter soi-même (Chauvel, 2002). Ce mouvement psychique s'accompagne du désengagement et de la désaliénation du pouvoir de l'autre ou de sa jouissance avec la transformation du surmoi et la constitution de l'idéal du moi.

La dimension imaginaire et leurrante de l'identité, ainsi que la symbolique sociale, sera reprise par Jacques Lacan qui dégage la dimension de « l'identification au signifiant » (par opposition à l'identification narcissique) (Lacan, Séminaire IX, Leçon du 20 juin 1962). En montrant que le processus de l'identification s'articule avec la fonction du semblant, le phallus est articulé à la fonction du voile. Cela correspond à l'identification imaginaire, à partir de l'image que l'on retrouve dans la relation intersubjective où quelque chose de factice (du registre du moi) s'immisce telle une projection imaginaire de l'un sur l'autre.

D'autres auteurs, dont Evelyne Kerstemberg, laissent ouverte la question du changement dans la continuité et de la quête d'identité adolescente. La question du qui suis-je, n'est pas sans réveiller l'angoisse du premier âge tout en essayant de tricoter une réponse face aux bouleversements pubertaires, dans une bascule constante entre le désir et ses images, entre l'idéal du moi, les imagos parentales et les images que la réalité sociale renvoient (Kestemberg, 1999).

Evelyne Kerstemberg révise, voire révoque les imagos parentales. Dans son observation clinique, la fille se protègerait du parent du même sexe (identification à la mère), et ainsi de la rivalité à la féminité. Le garçon, quant à lui, pourrait vivre l'identification au père comme menaçante et l'identification à la mère comme renvoyant à la castration et la dépendance de la mère toute puissante. Ce qui invite à penser en termes de contraintes identificatoires, et de distanciation des imagos parentales complexes (Kestemberg, 1999).

Philippe Gutton rapproche la notion d'identification à un des deux parents. Au père pour le garçon qui pourrait induire une crainte du fantasme homosexuel et un refus défensif d'une affirmation virile (Gutton, 2012). A l'inverse, la problématique œdipienne peut impliquer de se soumettre au père (ou à la mère) pour obtenir sa bienveillance ou se faire accorder son pardon.

Les différents éclairages du concept d'identité et des processus d'identification permettent de critiquer la définition de Paul Denis dans son ouvrage sur le narcissisme : « L'identité est donc une forme élaborée du narcissisme, une concrétion narcissique, comme la coquille de l'huître qui la sécrète au fur et à mesure de sa croissance. » (Denis, 2015, chapitre "La question de l'identité", p. 115). Outre l'abord métaphorique du mollusque marin (dont l'étymologie latine *ostrea* : identique, de même sens), l'auteur ajoute que « C'est naturellement par rapport au sexe anatomique que cette identité sexuelle apparaît et sera l'objet d'un investissement narcissique considérable, d'autant plus que le psychisme s'organise par rapport à la différence des sexes et des générations » (Denis, 2015, chapitre "La question de l'identité", p. 117). Le lien causal entre l'identité et le sexe d'assignation à la naissance mériterait de tenir compte des semblants du genre, du regard social et du désir du sujet.

L'accès à la position de sujet se fait au prix psychique d'oscillations dans la relation objectale et les identifications. Replacé dans la problématique de la transition de genre : comment l'adolescent·e se dégage du conflit identificatoire dans lequel il ou elle est attrapé·e depuis son corps de naissance pour s'identifier à un autre genre ?

2.3.2 Le genre et l'identité

Nous ouvrons la question du genre comme « une inconnue installée au cœur de l'énigme sexuelle » (Rassial et al., 2016)[81]. Il existe dans la littérature contemporaine une tension, depuis l'identité sexuelle jusqu'à l'identité du soi, qui parcourt la question de l'affirmation d'un sujet au travers des processus de subjectivation.

Jean-Jacques Rassial rappelle que « La question freudienne n'est pas celle d'une identité sexuelle [la question du choix d'objet sexuel (choix homo, hétéro ou bisexuel)], mais davantage celle de constellations identificatoires de la vie psychique, quel que soit le sexe. »[82]. Autrement dit, l'anatomie n'est plus forcément/uniquement la trajectoire d'un destin déjà écrit ; d'autres possibles subjectifs se sont fait jour depuis Freud (Bourdin, 2007).

Le substantif « genre » qui vient en complément du terme « identité » est l'expression d'une modification du statut de la différence des sexes. « La clinique du genre en psychanalyse nous enseigne que le genre est ce qui rend possible l'impossible écriture de la réinvention des sexes que la cure active […] »[83]. Vincent Bourseul propose le terme de « sexe nouveau » pour cerner le genre en tant qu'instance impossible.

---

[81] Rassial, J.-J. (Éd.). (2016). *Genre et psychanalyse : la différence des sexes en question*. Eérès, De l'utilité du genre en psychanalyse : la différence des sexes réinventées, article de Vincent Bourseul, p. 137-145.

[82] Rassial, J.-J., op. cit., p. 43.

[83] Bourseul, V., & Scott, J. W. (2016). Le sexe réinventé par le genre : une construction psychanalytique. Éditions érès, p. 181.

CHAPITRE 3 : L'IDENTITE DE GENRE

Dans la revue de littérature, nous avons évoqué que les premières descriptions cliniques liées au genre chez l'enfant avaient été faites par Robert Stoller. Il a développé la notion de l'identité de genre qui trouve ses assises dans la biologie et l'assignation de sexe faite par les proches[84].

3.1 Historique de la notion

Repartons de l'apport historique de Robert Stoller (psychanalyste américain) pour préciser les points de tension entre l'identité, le sexe et le genre dans une perspective littéraire analytique. Selon Robert Stoller la masculinité ou la féminité n'impliquent rien de biologique, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de relation entre le sexe et le genre. « Il s'agit de deux registres différents. » comment Paul Denis à l'appui de la différence qualitative que fait Robert Stoller du masculin et du féminin (Denis, 2022, p. 117).

Le genre désigne l'identité ou le rôle (Money et al., 1955). Il est traduit de l'anglais *gender* et évoque le sentiment intime d'être un homme, une femme (Chiland, 2014). Il fonde l'identité de genre. « Le rôle de genre » suppose ce que l'on affirme ou ce que l'on fait pour dévoiler son statut d'homme, de femme. Le terme identité sexuelle était employé il y a une dizaine d'années (Chiland, 2011). Aujourd'hui, l'identité de genre traduit l'autodétermination du sujet en lien avec son sentiment d'appartenance au genre (Money, 1985), (Alberse et al., 2019). « L'identité de genre est la somme algébrique du mélange de masculinité et de féminité trouvé dans un individu. » (Lebovici, 2012, p. 297).

[84] Stoller, R. (1979). *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme* (M. Novodorsqui, Trad.). Gallimard.

Si John Money appuie ses réflexions à partir de l'indifférenciation du sexe de l'enfant, Robert Stoller centre ses recherches cliniques sur de la notion d'identité de genre et fait du concept une pièce de l'édifice métapsychologique freudien. Le point d'entrée varie par rapport à Freud puisqu'il postule que le sexe est tout d'abord d'essence féminine, et que c'est sous l'influence hormonale de la testostérone qu'il se masculinise (cf. Section 2, chapitre 2 – Les hypothèses étiologiques depuis le sexe biologique). Cette théorie, qui vise à objectiver l'étiologie du transsexualisme (décrit par Harry Benjamin en 1953, cf. chapitre 1 Historicisation des concepts et leurs évolutions), et reprenant l'embryogénèse, fait équivaloir le clitoris à un pénis de petite taille « un clitoris androgénisé »[85].

L'enfant serait porteur d'une protoféminité qu'il naisse fille ou garçon eu égard à l'héritage du genre féminin de la mère consubstantiel de la phase de symbiose entre l'enfant et le corps de sa mère[86]. Cette imprégnation durant la phase aconflictuelle sera source d'identification à la figure maternelle. Cette unité devra attendre la présence d'un agent séparateur pour que l'enfant acquière une identité masculine après une phase de séparation-individuation lui permettant de se départir de l'identification primaire maternelle.

Agnès Oppenheimer remarque que Robert Stoller est moniste dans son approche de l'identité de genre, qui prévaut sur la bisexualité « il est implicitement dualiste et idéaliste quand il sépare le sexe et le genre, la biologie et la psychologie, comme si la sexualité et l'identité ne s'ancraient pas sur le corps et ses zones érogènes. On retrouve ce décollement par rapport à la pulsion dans sa perspective linéaire du développement qui ne tient pas compte de l'après-coup. Sa théorie reflète la pathologie transsexualiste qui veut se couper du corps sexué et sacrifie la partie pour le tout, la sexualité pour l'unité narcissique. La pulsion évacuée, le seul recours explicatif est celui de la réalité, traumatisme sexuel dans la perversion, traumatisme par défaut dans le transsexualisme. » (Oppenheimer, 1997, p. 107).

[85] R. Stoller, « Faits et hypothèses. Un examen du concept freudien de bisexualité », *Nouvelle revue de psychanalyse*, « Bisexualité et différence des sexes », n° 7, 1973, p. 204-205.
[86] Stoller, R. (1979). *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme* (M. Novodorsqui, Trad.). Gallimard.

Robert Stoller apporte un point notable avec l'influence de l'environnement parental dans le développement psychique « du noyau de l'identité de genre » ou « d'identité nucléaire de genre ». Il y attribue, selon Jean Laplanche, des significations variables, voire contradictoires entre le sexué ou le sexuel. Cette critique nécessite de connaître les avancées que Laplanche a proposées à propos du sexe et du genre en distinguant une troisième notion : le sexual [87].

Pour Robert Stoller, les figures individuelles parentales sont décrites dans un couple d'opposé (présence/absence) relativement tranché. Les mères y sont représentées trop présentes et les pères absents ; quant à la polarité masculine/féminine, les mères sont soit féminines soit masculines avec les cheveux coupés courts avec des affects dépressifs majeurs. L'enfant serait l'objet qui viendrait panser la fragilité narcissique. Robert Stoller exclut toute dimension psychotique dans la relation symbiotique – qu'il relie uniquement au genre. Si cette lecture du complexe d'Œdipe a suscité de nombreuses critiques (Coffin, 2017), elle a le mérite de d'introduire la notion d'identité de genre au prisme des fondements freudiens de la polarité sexuelle masculin/féminin dont Freud parle dans *l'Organisation génitale infantile* par exemple.

Et Robert Stoller de préciser « Je dirais volontiers que le sentiment que l'on a d'être mâle et développement ultérieur, la masculinité, sont un peu moins solidement ancrés chez les hommes que ne l'est le sentiment de la femellité ou et de la féminité chez les femmes. »[88]. Ces travaux sont critiqués par Jean Laplanche qui inscrit le genre comme un travail psychique spécifique et actif de l'enfant à une place active (Trapin, 2005, p. 15).

[87] Laplanche, J. (2014). *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien, 2000-2006* (2e éd). Presses universitaires de France, p. 153.
[88] Stoller, R. (1979). *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme* (M. Novodorsqui, Trad.). Gallimard, p. 230-231.

3.2 L'identité de genre selon Jean Laplanche

« Les termes et les concepts sont des armes, des armes de guerre, le genre contre le sexe et le genre et le sexe alliés pourrait-ton dire contre le "sexual" »[89]. Jean Laplanche permet de se repérer dans la question de l'identité de genre à partir du tripode freudien qu'il revisite. Il avance une nouvelle notion avec "le sexual" qui va au-delà de la reprise du sexuel freudien (le sexuel pervers polymorphe infantile, multiple), et qui puise ses racines dans le refoulement et le fantasme. Il postule le déplacement de la question de l'identité sexuelle à celle de l'identité de genre, et pose la distinction entre le sexué et le sexuel pour parler de la différence des sexes ou de sexe – nuance plus explicite dans la langue allemande ou anglaise. Il le formule un nouage entre le sexe, le genre et le sexual « comme le résidu inconscient du refoulement symbolisation du genre par le sexe » qu'il associe « c'est essentiellement le sexuel pervers infantile »[90].

La question de l'identité de genre est reconsidérée à l'aune de nouvelles hypothèses. Le genre, catégorie absente chez Freud (l'anatomie recouvrait la biologie), est premier par rapport au sexe, le social prévaut sur le biologique, l'assignation du genre (socius) est première par rapport à la symbolisation ; de plus, elle est teintée des souhaits parentaux (le sexual parental). Jean Laplanche formule sa pensée ainsi : « le genre précède le sexe mais c'est le sexe qui organise le genre »[91].

3.3 L'identité de genre selon Jacques Lacan

En 1971, Jacques Lacan apporte un commentaire à la notion d'identité de genre, et cite Robert Stoller dans son séminaire pour donner une piste de réflexion sur la façon d'être homme et d'être femme. « C'est très intéressant à lire à deux points de

[89] Laplanche, J. (s. d.). *Sexual : la sexualité élargie au sens freudien, 2000-2006* (2e éd). Presses universitaires de France, p. 158.
[90] Laplanche, J., op. cit., p. 153 et 155.
[91] Laplanche, J., op. cit., p. 155.

vue, d'abord parce que ça donne sur un sujet important, celui des transsexualistes, un certain nombre de cas très bien observés avec leurs corrélats familiaux. Vous savez peut-être que le transsexualisme, ça consiste très précisément en un désir très énergique de passer par tous les moyens à l'autre sexe, fût-ce à se faire opérer, quand on est du côté mâle. » (Lacan, 1971, Leçon du 20 janvier 1971). Il ajoute : « L'important est ceci, c'est que pour parler d'identité de genre, ce qui n'est rien d'autre que ce que je viens d'exprimer comme ce terme l'homme et la femme, il est clair que la question n'est posée de ce qui en surgit précocement qu'à partir de ceci – qu'à l'âge adulte il est du destin des êtres parlants de se répartir entre hommes et femmes et que pour comprendre l'accent qui est mis sur ces choses, sur cette instance, il faut se rendre compte que ce qui définit « l'homme » c'est son rapport à « la femme », et inversement, – que rien ne nous permet dans ces définitions de l'homme et de la femme, de les abstraire de l'expérience parlante complète, jusque et y compris dans les institutions où elles s'expriment, à savoir le mariage. » (Lacan, 1971, Leçon du 20 janvier 1971).

Pour Jacques Lacan, la dialectique masculin/féminin est à entendre comme une relation à l'autre prise dans le faire semblant, c'est faire signe à la fille qu'on l'est, et faire signe au garçon que l'on est. « Si on ne comprend pas qu'il s'agit, à l'âge adulte, de faire-homme, que c'est cela qui constitue la relation à l'autre partie, que c'est à la lumière, au départ, en partant de ceci qui constitue une relation fondamentale, qu'est interrogé tout ce qui dans le comportement de l'enfant peut être interprété comme s'orientant vers ce « faire-homme » par exemple, et que de ce « faire-homme », l'un des corrélats essentiels, c'est de faire signe à la fille qu'on l'est, que nous nous trouvons pour tout dire placés d'emblée dans la dimension du semblant, mais aussi bien... tout en témoigne, […] c'est à savoir un niveau éthologique qui est celui-ci : celui proprement d'un semblant. […] » (Lacan, Leçon du 20 janvier 1971).

3.4 L'identité de genre selon les études de genre

Dans les années soixante-dix, les études de genre (*gender studies*) interrogent les rôles assignés aux individus selon les sexes et les caractères proprement féminins et masculins. Nous avons précédemment fait référence au travail de Judith Butler « dont la thèse principale est que non seulement le féminin et le masculin ne sont pas ce qu'on croit, mais que toute la société fonctionne sur une différente structurale tranchée du masculin et du féminin. », et du lien entre la psyché, le fonctionnement politique et social que souligne François Pommier (Pommier, 2011, p. 161-162).

Un détour par le champ de l'anthropologie permet de penser avec Margaret Mead (anthropologue) a ouvert les réflexions sur les rôles sexuels dans les années trente, en dégageant ce qui revient à l'apprentissage de ce qui est donné par la nature (Mead, 2003). L'américaine Sherry Ortner problématise le rapport sexe/genre de façon quasi philosophique : « Femme est-il à homme ce que nature est à culture ? » (Rosaldo et al., 1974, p. 68-87).

Ces références mériteraient d'être articulées et situées auprès d'autres auteures majeures telles que Gayle Rubin, Ruby Rich, Teresa de Lauretis et Monique Wittig, (Saez, 2005, p. 85)[92]. Cette dernière, lors de sa conférence sur « La pensée straight » (*The Straight Mind*) à la *Modern Language Association* de New York en 1978, met au jour le fait que l'hétérosexualité n'est ni naturelle ni un donné, et d'autre part insiste sur la dimension sociale des catégories hommes/femmes qui servent à masquer que les différences sociales relèvent d'un ordre économique, politique et idéologique. La fondatrice du Mouvement de libération des femmes (MLF) ajoute sur la catégorisation des sexes que « Appréhender une différence en termes de dialectique consiste à rendre manifestes des termes contradictoires qui doivent trouver résolution. »[93].

[92] L'étude approfondie des apports des théories féministes, bien qu'essentielle pour une mise en perspective de la psychanalyse et du genre, dépasserait largement les limites de notre recherche.

[93] Wittig, M., & Bourcier, S. (2018). *La pensée straight* (Nouvelle éd). Éditions Amsterdam, p. 84.

Maud-Yeuse Thomas, cofondatrice de l'Observatoire des transidentités et des « Cahiers de la transidentité », avance que la transidentité permet de déconstruire ce qu'elle appelle le prisme du « fantasme fondateur » : le sexe serait l'égal du genre. Les notions de sexe et de genre sont « autonomes » : le « sexe est opposé au genre »[94] (Thomas, 2007).

Les théories féministes ont distingué historiquement ce qui relève du « naturel », du « culturel » ou du « social », et d'autre part elles ont cerné les implications idéologiques, épistémologiques et politiques. La recherche philosophique éclaire également la question du sexe avec les écrits foucaldiens en avançant que la sexualité possède une histoire, fruit de facteurs historiques (« d'effets du pouvoir sur les corps »), et à relier les intrications entre le pouvoir et le savoir (Bert, 2016, p. 78-90). Le sociologie Thomas Laqueur soutient que « Les deux sexes ne sont pas une conséquence naturelle et nécessaire de la différence corporelle » (Laqueur et al., 2010, p. 396). Il faudrait donc se garder de considérer que la science offre « un *locus* causal » de la signification du mâle et du femelle ; les représentations anatomiques sont donc loin d'être des fondements du genre (Laqueur et al., 2010, p. 264-266)[95].

Ces dispositifs de normalisation de genre et de sexe sont pensés par des psychanalystes contemporain·es, tel·les que Laurie Laufer, Fabrice Bourlez ou Vincent Bourseul pour n'en citer que quelques-un·es[96]. L'heure contemporaine est peut-être dans l'après-coup de la déconstruction, qui a été proposée par les études de genre et les réflexions actuelles des psychanalystes qui interrogent le modèle œdipien à la lumière de la clinique trans. Il se peut au contraire que la psychanalyse demande à être réécrite à la lumière des vies trans écrit Judith Butler (Butler, 2009).

[94] https://mouvements.info/la-controverse-trans

[95] « Bref, les illustrations anatomiques sont des représentations de façons historiquement spécifiques de comprendre le corps humain et sa place dans la création et pas uniquement d'un état particulier de la connaissance de ses structures. ».

[96] Les travaux cités ci-dessus sont ceux qui intéressent le point que nous développons ici. Ils s'inscrivent dans une recherche plus large, et ne sont pas exclusifs.

Ces quelques apports ponctuels nous permettent toutefois de resserrer notre propos autour de la dessentialisation du sexe et la dénonciation du système héténormatif.

SECTION 3 : LECTURE DE LA PRISE EN SOINS

Les approches développementales de l'affirmation du genre sont reconnues depuis 2015, notamment au Canada (par l'équipe de Annie Pullen Sansfaçon) et par les centres d'accompagnement pluridisciplinaire en France.

Pour saisir ce qu'est une prise en soins[98], nous brossons les différentes possibilités d'affirmation sociale, hormonale, chirurgicale et/ou juridique avant et après la majorité dont les personnes en questionnement et en transition peuvent bénéficier. Une approche globale et systémique de l'accompagnement des personnes peut être composée d'une équipe pluridisciplinaire qui fédère les disciplines psychosociales et juridiques, qui développent un savoir sur la diversité de genre en milieu hospitalier et/ou en ville (Ehrensaft, 2012). Sont ainsi favorisées l'exploration de soi, les capacités d'affirmation et les relations interpersonnelles dans le respect des recommandations internationales (WPATH, etc.).

La personne peut aussi choisir un parcours en ville avec des profesionnel·les libéraux, et solliciter un accompagnement psychologique pour mieux se connaître, et/ou un·e professionnel·le de la santé psychique pour des besoins spécifiques (psychiatriques) et/ou de la pair-aidance. Nous abordons aussi les problématiques de santé publique et d'exclusion sociale (familiale et auprès des pairs) associées à la transidentité et à leurs questionnements (Witcomb et al., 2019), (Pariseau et al., 2019).

CHAPITRE 1 – HISTORICISATION DES PREMIERS ACCOMPAGNEMENTS

1.1 A l'étranger

[98] Nous préférerons le « prise en soins » à « prise en charge » qui est davantage connecté médicalement.

Si les premières consultations sont nées à Los Angeles avec John Money et Richard Green dans les années soixante (Green & Money, 1960), il faut attendre plus de dix ans pour que des centres spécialisés ouvrent à Toronto (Kenneth Zucker), Amsterdam (Peggy Cohen-Kettenis et Henriette Delemarre-van de Waal), et Londres (Domenico di Ceglie) (Mendes et al., 2016). C'est au cours des vingt dernières années que les prises en soins se sont développées pour les adolescent·es suivant un protocole conceptualisé par l'équipe néerlandaise (les professeures suscitées), – sous le nom « *Dutch approach* » (Biggs, 2022).

Il s'agit de suspendre temporairement la puberté alors que les caractéristiques sexuelles secondaires débutent, ou ont déjà commencé à apparaître, pour laisser le temps aux jeunes d'élaborer leurs souhaits (Cohen-Kettenis, Schagen, et al., 2011). Un traitement féminisant ou masculinisant aux effets partiellement réversibles est éventuellement envisagé après l'âge de 16 ans. L'équipe des Pays-Bas a été la première a montré les effets psychiques et psychologiques positifs sur les jeunes suivis (Khatchadourian et al., 2014), (van der Miesen et al., 2020). La recherche médicale a publié des études pour montrer l'innocuité relative de la suspension de puberté, et les effets des traitements d'affirmation de genre (Olson-Kennedy et al., 2019), (Mullins et al., 2021).

1.2 En France

En France, Colette Chiland est la première personne à recevoir des personnes concernées au Centre Alfred Binet dans les années quatre-vingt (Condat et al., 2016), et à partagé l'avis clinique des équipes étrangères. Cette initiative de consultation a été ensuite portée pour les équipes parisiennes du groupe hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière dans les années 2010[99]. D'autres consultations parisiennes se sont ouvertes à l'hôpital Robert Debré (l'équipe s'est formée à Amsterdam), et au CIAPA à la Fondation Vallée, et au sein de l'équipe de pédopsychiatrie de Robert Debré (formée à Toronto, Canada).

Ces équipes ont inscrit leur travail au plus près des recommandations internationales de l'*Endocrine Society* (Hembree et al., 2017) de la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*)[100], de l'EPATH (*European Professional Association for Transgender Health*)[101], et de la UCSF (*University of California*, San Francisco)[102], et des lignes directrices des sociétés savantes. De plus, des partenariats se sont noués avec les associations de personnes concernées comme le préconise les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)[103], en plus d'un travail de réseau dynamique, et d'une mise en commun des bonnes pratiques lors de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).

[99] Notre terrain de stage se situe dans ce service.
[100] *Standards of Care*, 7th version. 2012. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care_V7%20Full%20Book_English.pdf
[101] https://epath.eu/resources/publications, Clinical Position Statement
[102] https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf
[103] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

CHAPITRE 2 – LES DEMARCHES DES PARCOURS D'AFFIRMATION

On entend par affirmation le développement d'une expression de genre congruente avec l'identité de genre qui est intimement auto-perçue par la personne. Cette affirmation peut s'accompagner de changements dans l'apparence physique, vestimentaire, sociaux, médicaux, dans les comportements et/ou de changements à l'état civil. Il est toutefois crucial de rappeler que l'affirmation dans le genre souhaité n'exige pas de changement en soi (traitement hormonal et/ou chirurgical, et modification juridique). L'affirmation de genre est en ce sens sociale.

Une étude allemande rapporte deux raisons interdépendantes qui ont motivé la population incluse à refuser ces solutions médicales (hormones et chirurgie) : éviter les souffrances liées à la transition et l'absence de nécessité de traitement (Nieder et al., 2019). La visibilité croissante des identités de genre non-binaires et la diversification du genre semblent être congruente avec la possibilité de ne pas avoir recours à un traitement. Sur une cohorte de 415 personnes (220 personnes assignées femmes et 195 assignés hommes), 14 d'entre elles/eux ont déclaré ne pas avoir bénéficié de transition médicale (3,4 %) et s'identifier le plus souvent à un genre non-binaire.

Ainsi plusieurs types de parcours développementaux sont possibles. Annie Pullen Sansfaçon, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enfants transgenres et leurs familles, modélise ces parcours selon trois approches (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021, p. 30-38).

– Le « type affirmé » qui se manifeste dans la petite enfance lorsque la pression sociale oblige à se conformer aux expressions de genre attendues par le groupe de pairs. Elle souligne que l'ouverture familiale occupe une place prépondérante, et que l'expression de genre est dépendante de l'acceptation de l'environnement familial et social.

– Le « type silencieux » semble être le plus fréquent selon la chercheuse canadienne ; lorsque l'annonce se fait à la puberté alors que le genre authentique était déjà pressenti pendant l'enfance sans qu'il soit verbalisé. Elle amène la notion de souffrance psychique et de mal être en rappelant que tous les jeunes qui s'affirment transgenres ne font pas état de dysphorie. « Il importe donc de prendre en compte les phases d'ambivalence et de questionnement comme faisant partie du processus normal de développement, y compris pour les jeunes trans. » (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021, p. 35).

– Le dernier « type agenré » présente aussi un coming out à l'adolescence. Pendant l'enfance, le jeune ne vivait pas la question du genre comme un enjeu ou bien l'expression du genre qu'il exprimait n'était pas source de conflictualité interne ou sociale. Les personnes concernées expriment un genre non-binaire ou agenre. Ce sont les changements pubertaires qui induisent le mal-être, voire la souffrance corporelle et psychique (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021, p. 36)

2.1 L'affirmation sociale

La transition sociale offre l'opportunité à la personne de s'assumer socialement (entourage familial, institution scolaire et périmètre social plus large) dans le genre souhaité. Cela permet d'explorer son sentiment d'appartenance au sexe désiré en le vivant dans son environnement, en choisissant un nouveau prénom (Cohen-Kettenis & Klink, 2015), les pronoms et les vêtements congruents (Wong et al., 2019), et en étant inscrit auprès de l'administration scolaire (Durwood et al., 2017) (sur les listes d'appels et auprès du rectorat pour la France).

Deux effets positifs de la transition sociale sur la qualité de vie sont relevés. D'une part, un bénéfice en termes de bien-être affectif et psychosocial de vivre dans le genre souhaité, et d'amélioration de la santé mentale (diminution de l'anxiété sociale, de la phobie scolaire, des scarifications, etc.). Et d'autre part, la possibilité de revenir à une identité de genre alignée (calque de l'anglais *aligned* de la

littérature) sur celle de son sexe d'assignation à la naissance ou vers une autre identité de genre (Condat et al., 2016).

Il existe toutefois un point de controverse sur la transition pour les enfants prépubères. Même si ces derniers ne figurent pas dans les critères d'inclusion de notre étude, il est nécessaire d'en dire un mot. La littérature s'accorde vers une évolution vers une identité cisgenre au moment de l'adolescence ou de l'âge adulte (Steensma et al., 2011), (Olson et al., 2016). La transition sociale reste toutefois la seule affirmation possible pour les jeunes non pubères.

2.2 L'affirmation hormonale

En France, l'affirmation hormonale consiste à bloquer la poussée pubertaire et/ou à prendre des hormones masculinisantes ou féminisantes (androgènes ou œstrogènes). Un traitement par bloqueurs/suspenseurs de puberté peut précéder l'hormonothérapie. Le jeune qui ne souhaite pas ensuite reprendre le cours de sa puberté physiologique (mise à l'arrêt) peut bénéficier d'un traitement hormonal masculinisant ou féminisant. Une thérapie hormonale peut être prise sans blocage préalable de puberté. Le blocage de puberté ne fait donc pas forcément suite à l'induction d'un traitement hormonal.

La progression pubertaire est bloquée ce qui permet de réduire la souffrance psychologique et physique liée à l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires (poils, raucité de la voix après la mue ; poitrine, pomme d'Adam). Outre le bénéfice corporel qui permet aux jeunes de ne pas avoir recours à d'éventuelles chirurgies, ce traitement laisse le temps du questionnement sur la trajectoire souhaitée – qui aboutit à une transition, à un retour vers le sexe d'assignation à la naissance (Colebunders et al., 2017), ou à une meilleure acceptation de son identité de genre. Un cas d'enfant, qui a finalement souhaité rester dans son sexe d'assignation de naissance après sa transition, est rapporté dans la littérature (Di Ceglie, 2008). Durant la suppression de puberté, une surveillance médicale est nécessaire (taille, poids, âge osseux, pression artérielle et stade

pubertaire) et une évaluation de la satisfaction du traitement et ses éventuels effets secondaires (déminéralisation osseuse, vitesse de croissance prépubertaire) (Hembree et al., 2017).

Il existe aussi un impact sur les possibilités de chirurgie(s) future(s) chez les jeunes transféminines (vaginoplastie en particulier en utilisant la technique du lambeau pédiculé) (Bizic et al., 2017). Bloquer la production des hormones sexuelles masculines a pour conséquence de stopper la croissance du tissu pénien qui sert dans certaines techniques chirurgicales à façonner le vagin. Cela peut aussi avoir un impact sur les possibilités de préservation de fertilité (Mendes et al., 2020).

Aux Pays-Bas, une étude auprès de 55 jeunes adultes (33 transféminines et 22 transmasculins) qui ont reçu des bloqueurs de puberté montre que le bien-être psychologique s'est largement amélioré, et qu'ainsi le bien-être global est similaire aux autres jeunes de leur âge (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Le bien-être psychologique (image du corps, fonctionnement global, dépression, anxiété, problèmes émotionnels et comportementaux), la qualité de vie et l'insertion sociale et professionnelle ont été évalués à trois temps différents du parcours : avant la prise de bloqueurs (âge moyen : 13,6 ans), à l'introduction du traitement hormonal (âge moyen : 16,6 ans), et un an après la chirurgie (âge moyen : 20,7 ans). Ce traitement, prescrit par un endocrinologue-pédiatre, est complètement réversible ; il peut être commencé à l'âge de 12 ans environ. Les recommandations des Pays-Bas se fondent sur le stade développemental où les signes de la puberté sont réversibles (à partir du stade Tanner 2 jusqu'à 4 ou 5).

– Pour les jeunes transféminines, un traitement par analogue d'hormones gonadolibérines (GnRH) permet de stopper la synthèse par l'hypophyse des gonadostimulines, et donc la sécrétion de testostérone. Ces hormones sont utilisées en pédiatrie dans les cas de puberté précoce chez l'enfant. De façon alternative, il est possible de choisir un traitement par progestérone, ou un autre traitement qui permet de bloquer la sécrétion de testostérone, ou de neutraliser son action (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021, chapitre 17 « L'accompagnement pédiatrique et les traitements médicaux », rédigé par Shuvo Ghosh et Andreea Gorgos, p. 359-378)

– Pour les jeunes transmasculins, un traitement par analogue des gonadolibérines assure l'arrêt de la production d'estrogène et de progestérone. Une alternative peut être un traitement par progestérone. Ce traitement a un impact sur le développement osseux et sur la croissance ; l'adolescent poursuit ainsi sa croissance à un rythme de préadolescent (Martinerie, 2016).

En ce qui concerne les adolescent·es qui souhaitent transitionner, un traitement hormonal (dit *cross sex hormones* dans la littérature anglaise) peut être proposé. Ainsi, les familles et les jeunes sont informés des effets attendus, bénéfices et risques du traitement par estrogènes pour les jeunes transféminines et par androgène pour les jeunes transmasculins. Les possibilités de préservation de fertilité sont évoquées car les traitements de transition hormonale sont potentiellement stérilisants. Le but du traitement masculinisant ou féminisant est de faire apparaître les caractères sexuels secondaires dans le genre désiré.

Une surveillance médicale (biologique, hormonale et métabolique) est nécessaire. L'âge minimum de prescription des bloqueurs et des hormones dans la littérature diffère en fonction des pays (Cohen-Kettenis et al., 2008) (Smith & Mathews, 2015). Une étude longitudinale de 22 ans, conduite par l'équipe d'Amsterdam sur une cohorte de 13 jeunes filles transgenres qui ont poursuivi un traitement hormonal et une chirurgie à l'âge adulte, ne montre qu'aucun des sujets ne regrette le traitement (Cohen-Kettenis, Steensma, et al., 2011). La huitième édition des recommandations internationales de 2022 (WPATH)[104] ne mentionne pas d'âge pour la prescription des hormones (Coleman et al., 2022).

Une méta-analyse récente de l'Université d'Austin au Texas (USA) (Rew et al., 2021) a été faite à partir des critères d'utilisation des médicaments bloquant la puberté, des risques et conséquences indésirables, et/ou des résultats positifs. A l'appui de 211 articles examinés (N = 543), la majorité (71 %) des participant·es à ces études devaient avoir reçu un diagnostic de dysphorie de genre pour pouvoir bénéficier d'une suppression de la puberté (stades 2 à 4 de Tanner). Les résultats positifs indiquent une diminution de la suicidalité à l'âge adulte, une amélioration

[104] https://www.wpath.org/soc8.

de l'affect et du fonctionnement psychologique, et de la vie sociale. Les facteurs négatifs relèvent la modification de la répartition de la masse graisseuse, le ralentissement de la croissance, la diminution du renouvellement osseux et l'absence de couverture d'assurance.

2.3 L'affirmation chirurgicale

Plusieurs types de changements physiques d'affirmation de genre sont envisageables.

– Pour les jeunes transmasculins, les chirurgies masculinisantes comprennent la torsoplastie (appelée aussi mammectomie). Les indications de torsoplastie avant la majorité, bien que rares, se justifient lorsque la poitrine entraîne une très forte souffrance psychique et sociale, voire un risque suicidaire (Lagrange et al., 2023). La construction d'un pénis (par phalloplastie ou phallopoïèse) est parfois envisagée (Forno et al., 2023). Au vu du nombre important de complications postopératoires, et des résultats parfois décevants, cette opération est peu demandée. La technique, dite par métoïdioplastie (allongement du clitoris) est privilégiée (Colebunders et al., 2017). L'hystérectomie et l'ovariectomie sont possibles.

– Pour les jeunes transféminines, les chirurgies féminisantes envisageables sont la réduction de la pomme d'Adam, la féminisation faciale, la vaginoplastie (Bizic et al., 2017), (Colebunders et al., 2017), les implants mammaires et la féminisation de la voix (orthophonique et chirurgical).

Une étude française (Giami & Beaubatie, 2014) montre que les demandes de réassignation chirurgicale varient en fonction du genre affirmé. Les effets conjoints des transitions qui allient un versant social et hormonal ont montré un recul des vulnérabilités, et donc une plus grande résilience des jeunes (Arnoldussen et al., 2020). Les commissions de professionnel·les qui examinent les demandes de réassignations hormono-chirurgicales sont remis en question eu égard à la position d'expertise qu'elles prendraient « Contestée par les associations militantes, elle est

questionnée par les pouvoirs publics et certaines instances internationales ; elle suscite même la perplexité de certains professionnels de la santé (HAS, 2009). » (Bujon & Dourlens, 2016, p. 97).

La section Éthique et Déontologique du Conseil national de l'Ordre des médecins a été interpellée sur la question du consentement pour l'ablation d'organes sains par un mineur et les titulaires de l'autorité parentale par l'Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP), et rappelle les points d'observance suivants. L'observation pluridisciplinaire prolongé dans le temps et les précautions nécessaires : l'observation clinique par des professionnels-experts pour repérer d'éventuelles contre-indications, un espace de réflexion et/ou de psychothérapie pour élaborer son projet, et la consultation de plusieurs spécialistes avant de retenir l'indication chirurgicale (en plus du consentement écrit) (Condat & Cohen, 2022).

2.4 L'affirmation juridique

L'affirmation juridique concerne le changement du prénom et/ou de la mention du sexe à l'état civil. Depuis la loi du 18 novembre 2016 relative à la modernisation de la justice du XXI^{e} siècle, tout individu qui trouverait un intérêt légitime à changer de prénom, peut déposer une demande auprès de l'officier d'état civil en mairie (sans avoir recours à la saisine d'un juge).

A la majorité, le changement de la mention du sexe peut être demandé à l'état civil. La loi suscitée a démédicalisé la procédure. Marie-Xavière Catto (juriste et chercheuse) précise toutefois que si le recours à ces pièces de nature médicale ne sont pas exigibles par les textes de loi, elles sont régulièrement avancées par les demandeurs soulignant ainsi que la place de la médecine demeure importante dans ces décisions[105].

[105] Catto, M.-X. (2019). Changer de sexe à l'état civil depuis la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^{e} siècle. Un bilan d'application. *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, *9*, 107-129. 7

Au sein de l'institution scolaire ou universitaire, le rectorat doit être informé du changement afin que le changement soit officiel sur les listes d'appel. La circulaire du 21 septembre 2021 précise les lignes directrices à l'attention du personnel de l'Éducation nationale pour la prise en compte et le respect des questions relatives aux élèves transgenres en milieu scolaire[106].

Des différences substantielles sont relevées dans les pays étrangers quant aux possibilités de changer son prénom et/ou la mention de son sexe à l'état civil ; nombre de pays tirent leur loi du code civil de Napoléon (1804) où le certificat de naissance est la source de tous les autres documents personnels. Dans les pays anglo-américains, le changement de prénom est simplifié ; l'enregistrement des documents n'est pas centralisé (Cohen-Kettenis & Klink, 2015). L'Allemagne par exemple, à la suite d'une décision de la Cour constitutionnelle de Karlsruhe, reconnaît une troisième catégorie appelée « divers » sur les documents administratifs[107]. Le Conseil de l'Europe a recommandé la suppression de ces exigences (administratives et traitements médicaux) pour les adultes et les adolescent·es[108].

2.5 La préservation de fertilité

Les techniques médicales apportent aujourd'hui de nouvelles perspectives en matière de fertilité et de reproduction pour les personnes concernées, et, pour toute personne qui prendrait un traitement potentiellement stérilisant (Condat & Cohen,

---

[106] Le texte a été adressé aux recteurs et rectrices de région académique ; aux recteurs et rectrices d'académie ; aux inspecteurs et inspectrices d'académie-directeurs et directrices académiques des services de l'Éducation nationale ; aux inspecteurs et inspectrices d'académie-inspecteurs et inspectrices pédagogiques régionaux ; aux inspecteurs et inspectrices de l'Éducation nationale du premier degré ; aux inspecteurs et inspectrices de l'éducation nationale enseignement technique et enseignement général ; aux directeurs et directrices d'école ; aux cheffes et chefs d'établissement ; aux professeures et professeurs ; aux personnels administratifs, sociaux et de santé ; aux accompagnant·es d'élèves en situation de handicap. Il est consultable à l'adresse suivante : https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm

[107] https://www.lemonde.fr/international/article/2018/12/14/l-allemagne-reconnait-l-existence-d-un-troisieme-sexe_5397726_3210.html

[108] Hammarberg T. *Human rights and gender identity*. Council of Europe issue paper, July 2009. www.coe.int/t/commissioner.

2022). Une étude récente montre à la *Stanford Pediatric & Adolescent Gender Clinic* en Californie que le recours à la préservation de la fertilité chez les jeunes adultes trans et non-binaires vus (octobre 2015 à mars 2019 qui avaient plus de 10 ans lors de la visite initiale) reste faible (Cooper et al., 2022). 24 % des patients ont choisi d'aller à une consultation d'information, et seuls 6,8 % ont bénéficié d'une préservation de la fertilité (n = 9). Les adolescentes transféminines sont plus susceptibles de rechercher la préservation de la fertilité que les adolescent·es transmasculins (*p.* = 0,01). Le taux de préservation de la fertilité chez les adolescentes non-binaires est quasiment identique (*p.* = 0,31). Bien que seulement une personne non-binaire a subi une préservation de la fertilité, plusieurs autres ont exprimé leur intérêt avec 36 % acceptant d'être référés (n = 4), et 27 % étant vu·es en consultation (n = 3). Dans l'après-coup du parcours de transition, 37,5 à 51 % des adultes trans ont déclaré qu'ils et elles auraient envisagé de congeler leurs gamètes avant une thérapie d'affirmation de genre si elle était proposée. 24 à 25,8 % des adolescent·es trans ont exprimé leur intérêt à avoir des enfants biologiques. Moins de 5 % des adolescent·es trans ont opté pour la préservation de la fertilité (Cooper et al., 2022).

Il s'agit de recueillir les gamètes de la personne (spermatozoïdes ou ovocytes) et de les conserver (dans l'azote liquide)[109]. En fonction du contexte, une congélation des gamètes peut être proposée afin de les utiliser dans un centre d'assistance médicale à la procréation (AMP). Au regard de la loi de bioéthique du 2 août 2021, les utilisations en France sont limitées[110]. La réutilisation des gamètes varie en fonction des pays (Shumer et al., 2016), (Mattawanon et al., 2018), (Nahata et al., 2020).

– Au cours d'un parcours féminisant, les spermatozoïdes sont produits dans les testicules dès la puberté sous le contrôle des hormones sexuelles. Pour la conservation des spermatozoïdes, le recueil du sperme s'effectue par masturbation. Cette technique est la plus simple, et permet d'obtenir dans 90 % des cas une congélation. Si la personne est prépubère ou si elle ne souhaite pas recourir à ce

[109] Sources : brochure d'informations des Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme humains (Cecos) sur la transidentité et la préservation de fertilité.
https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/techniques-preservation-fertilite
[110] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384

procédé de recueil, les spermatozoïdes sont prélevés chirurgicalement lors d'une biopsie testiculaire.

– Au cours d'un parcours masculinisant, les ovules sont produits dans les ovaires dès la puberté sous le contrôle des hormones sexuelles. Les ovocytes matures seront recueillis par voie transvaginale sous anesthésie, après une stimulation hormonale. De manière plus exceptionnelle, des ovocytes immatures peuvent être prélevés sans stimulation ovarienne préalable. Ces ovocytes sont ensuite maturés *in vitro*, puis congelés. Une autre technique dite de la conservation du tissu ovarien est aussi possible.

Une étude prospective qualitative relève plusieurs champs sémantiques utilisés par les personnes concernées avant une stimulation ovarienne hormonale (Johnson & Finlayson, 2016)[111]. Les personnes rapportent :

1/la pénibilité du parcours en termes d'orientation, d'évaluation et de diagnostic ; de la frustration de l'attente ; des doutes et hésitations.

2/les réactions : la reprise des règles consécutive à l'arrêt de la testostérone, l'impact du traitement hormonal sur l'humeur, un ressenti de la procédure moins difficile que prévu.

3/les stratégies d'adaptation : la perspective d'avoir un enfant biologique, l'étayage de l'entourage, une approche cognitive pour ne pas haïr leur corps de naissance. L'article conclut à un impact négatif sur la dysphorie de genre étroitement lié au sexe d'assignation à la naissance (féminin).

Par ailleurs, les techniques de préservation sont à mettre en perspective avec les enjeux éthiques et psychologiques que posent les biotechnologies (Mendes et al., 2020) – ces derniers suivent les principes de bienfaisance et non-nuisance,

[111] L'étude a été menée auprès de 15 participants (âgés de 19 à 35 ans) recrutés lors de leur première visite à la procréation assistée (aucun n'était père).

d'autonomie de la personne à se reproduire, de justice (Beauchamp & Childress, 2007) dont l'enjeu final reste celui de l'enfant à naître.

2.6 Le consentement aux soins

Les accompagnements du parcours font obligatoirement l'objet d'un consentement. Les professionnel·les délivrent des informations objectives et nécessaires sur les différentes possibilités tout au long du parcours de transition afin que la personne et la famille puisse prendre des décisions dites : libres et éclairées. La nécessité de déterminer la capacité de la personne à donner son consentement est un préalable dans le champ de l'affirmation d'une personne (Condat et Cohen, 2022).

La notion de consentement n'est pas sans enjeux médicaux et éthiques (Ashley, 2022b), en particulier lorsqu'elle concerne des mineur·es (information adaptée à leur âge) et leur famille pour des traitements ou des décisions dont les effets sont partiellement réversibles, voire irréversibles, ou les enjeux de la préservation de fertilité (Bayefsky et al., 2022). Trois études internationales reconnaissent le bien-fondé de la capacité des mineur·es dès l'âge de 14 ans à consentir à un traitement hormonal (Romero & Reingold, 2013), (Clark & Virani, 2021), (Ashley, 2022b).

En matière de préservation de fertilité, la question du consentement mérite d'être pensé à la lumière du vécu des mineur·es et des familles. Certaines équipes utilisent un questionnaire semi-structuré, intitulé le *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T) pour évaluer l'aptitude des jeunes au consentement éclairé sur les questions relatives à la procréation, en complément des entretiens psychodynamiques et médicaux (Grisso et al., 1997).

2.7 La discontinuité dans les transitions

Une personne peut s'engager dans une ou plusieurs démarches d'affirmation (sociale et/ou médicale, et/ou juridique), et venir réinterroger ce processus, le suspendre et/ou y mettre fin à un moment donné. Si les médias se sont emparés du sujet, il est nécessaire de distinguer les différentes trajectoires, et d'adopter une terminologie adéquate lorsqu'on évoque les discontinuités dans les parcours d'affirmation. Les retransitions sont à distinguer des regrets qui feraient suite à une affirmation de genre. Des raccourcis parfois hâtifs et des parallèles délétères sont établis entre le concept de dysphorie de genre rapide (*rapid onset gender dysphoria*) et les constructions diverses du devenir soi.

Des portraits de retransition diffèrent radicalement dans certains médias où les détransitions sont décrits comme une invalidation du parcours d'affirmation au sens d'une non-réussite (Baril, 2022). La retransition est une étape constructive prise dans un parcours d'affirmation fluide et dans un réajustement subjectif. L'équipe canadienne ajoute qu'« Il y a dans les transitions et les détransitions, les moments d'épanouissement ou les regrets, une approche de la condition humaine qui exige plusieurs niveaux de lecture et qui ne peut se voir réduite à la formule : Voyez, il y a des regrets donc des excès à exprimer. » (Maxime Faddoul et Alexandre Baril, chapitre 8 « Travail social et interventions transaffirmatives auprès des jeunes », p. 175-195)[112].

Pour l'usage francophone, Agnès Condat (pédopsychiatre et psychanalyste) attirait l'attention en 2020 sur la question de la traduction des termes : *desistence* et *persistenc*e. Elle précise que la traduction littérale connote péjorativement *desistence* en français. Le terme « désistance » signifie pour un individu l'arrêt d'un parcours de délinquance et de criminalité dans un autre champ épistémologique (Condat, 2020). Elle adopte le parti de consulter les personnes

[112] Annie Pullen Sansfaçon et Denise Médico., *op. cit.*

concernées, et ne pas traduire les termes anglais afin de ne pas introduire de biais de sens ou de confusion.

La littérature utilise le terme de persistance et de désistance (Expósito-Campos, 2021) pour décrire un·e jeune qui n'a pas nécessairement commencé une transition (médicale, sociale ou légale) et qui, à un moment de son cheminement personnel et familial, ne ressent plus d'incongruence voire de souffrance par rapport à son genre et/ou qui souhaite adopter une autre identité de genre (Kimberly et al., 2021). Les auteurs qui utilisent le terme de détransition soulignent un acte et un retour à un état antérieur (Hildebrand-Chupp, 2020) – qu'il s'agisse du volet médical (en arrêtant les bloqueurs, les hormones, la chirurgie), et/ou social (usage du prénom souhaité), et/ou juridique (prénom et mention du sexe à l'état civil) (Vandenbussche, 2021). Eu égard aux modalités multiples d'affirmation, la détransition peut concerner le volet social, corporel ou administratif. Certaines personnes arrêtent les hormones masculinisantes une fois les effets de la mue de la voix obtenue ou de la pilosité ou les hormones féminisantes une fois qu'elles sont satisfaites des changements. Il ne s'agit pas donc pas uniquement d'un retour à la cisnormativité accompagné de regrets (Vandenbussche, 2021), (Turban et al., 2021). Ces expériences méritent donc d'être mieux comprises (Butler & Hutchinson, 2020). Ainsi, les bénéfices apportés par les affirmations ne sont pas toujours explicités ou traduits dans les autour des évolutions des parcours est donc à questionner si l'on pose l'identité de genre comme un continuum pris dans une fluidité, donc susceptible d'évoluer même après une transition (Temple Newhook et al., 2018).

Aucun consensus terminologique n'est établi dans la littérature anglophone bien que l'usage privilégie le terme retransition dans les études très récentes (Pullen Sansfaçon et al., 2023). Le terme de « regret », bien qu'employé dans la littérature internationale, mérite d'être interrogé car la notion est polysémique. Elle peut être influencée par plusieurs facteurs : la présence d'une psychopathologie associée, l'ajustement psychosocial, les résultats et l'esthétisme de la ou des chirurgie(s), la

satisfaction de la vie sexuelle, la vie du partenaire ou d'autres relations interpersonnelles (Olsson & Möller, 2006)[113].

Les études sur les discontinuités des parcours occupent une place plus importante dans la littérature internationale qu'il y a quelques années (Expósito-Campos, 2021). Dans une étude suédoise datée des années quatre-vingt-dix, trois niveaux de regrets sont différenciés : la personne demande une nouvelle opération vers son sexe d'assignation à la naissance ; la personne exprime une certaine ambivalence après la chirurgie ; ou la personne n'exprime aucun regret (Lindemalm et al., 1987).

Une étude de cohorte plus récente par l'équipe d'Amsterdam (N = 6 793 dont 812 adolescent·es) (Wiepjes et al., 2018) aborde la question de la détransition suite aux modifications corporelles. Le regret identifie : 0,6 % des femmes transféminines et 0,3 % des hommes transmasculins qui ont eu recours à une gonadectomie. Les raisons de ces regrets portent sur de raisons de non-acceptation sociale, et sont formulées ainsi : « se sentir ignorées par l'environnement » ou « la perte de parents est un grand sacrifice » (retour vers une identité masculine). Les personnes déclarant avoir de « vrais regrets » considèrent le traitement d'affirmation de genre était comme « une solution » pour « l'homosexualité » ou « l'acceptation personnelle ». Les hormones ont été commencées entre 25 et 54 ans, et les regrets exprimés entre 46 à 271 mois (23 ans) après le début des hormones.

Aux États-Unis parmi 17 151 participant·es interviewé·es, un peu plus de 10 % rapportent une histoire de retransition. Plus de 80 % avancent des motivations externes comme la pression d'un des parents, la stigmatisation sociale, les violences sexuelles tandis que 16 % traduisent une incertitude sur leur identité de genre. Ainsi les pressions externes sont un facteur de risque pour la santé mentale, mais aussi un obstacle pour vivre en sécurité dans l'expression du genre que la personne choisit (Turban et al., 2021).

[113] Une étude de 4 cas (à propos des motifs des regrets après une chirurgie chez des jeunes femmes transgenres avec des troubles psychiatriques associés. L'équipe de clinicien·nes conclut que toutes les personnes concernées par la variance de genre ne demandent pas les 3 éléments du parcours : hormones, expérience en vie réelle et chirurgie. Pour une des 4 personnes de l'étude suédoise, les comorbidités psychiatriques ont été un obstacle à la stabilisation de son identité de genre.

A la Chaire de recherche du Canada sur les enfants transgenres et leurs familles, Annie Pullen Sansfaçon (chercheuse en éthique et travail social, et son équipe de recherche à l'Université de Montréal, ont commencé en 2020 une étude par appels vidéo sur le ressenti de 20 jeunes (âgé·es de 16 à 25 ans) qui ont mis fin à leur transition (Pullen Sansfaçon et al., 2023). Le recrutement est réalisé au moyen d'une invitation à participer, affichée sur différents médias sociaux. Les données des participant·es sont traitées selon l'analyse thématique inductive ; la méthode privilégie des entrevues semi-structurées. Certains jeunes expriment des regrets et des questionnements, tandis que d'autres déclarent que leur parcours de retransition fait partie d'un processus pour devenir qui elles/eux sont aujourd'hui. Au moment des entrevues, de nombreux·ses participant·es ne s'identifient pas à une identité cisgenre. Ainsi, les résultats mettent en avant que la transition est une étape qui peut être structurante dans leur cheminement personnel et pas forcément un échec qui revient au même point qu'avant la transition. Le retour au genre d'assignation de naissance n'est pas systématique ; une approche fluide du genre, voire une déconstruction de son propre genre et une consolidation de l'idée d'un continuum d'expériences, est plutôt mise en avant. On s'éloigne donc de la valence négative des regrets, dans le sens d'une erreur de décision, mais davantage selon les dires des 20 participant·es vers les points suivants : un sentiment de transition, le choix de pouvoir arrêter à tout moment le parcours, une libération du regard des autres, une meilleure acceptation de soi-même, un détachement de l'identité transgenre. D'autres jeunes disent ne pas avoir pris le temps d'explorer les motifs de leur transition. Ce dernier point est corroboré par la littérature (Turban et al., 2021).

La toute première étude rétrospective ne donne pas le pourcentage de regrets après les réassignations de chirurgies chez des personnes transmasculines et transféminines (Pfafflin, 1993). Une méta-analyse colombienne regroupant 27 études regroupant (7 928 personnes engagées dans un parcours d'affirmation chirurgicale) évalue la prévalence du regret chez les personnes ayant eu recours à la chirurgie et repère les facteurs associés (Bustos et al., 2021). 33 % ont subi des interventions chirurgicales transmasculines et 67 % des interventions transféminines. Les résultats mettent l'accent sur une prévalence très faible de regret chez ces personnes (transmasculines et transféminines). Toutefois, il existe

une forte subjectivité dans l'évaluation des regrets et le manque de questionnaires standardisés. Parmi les 77 personnes qui ont regretté d'avoir eu une chirurgie, 28 personnes évoquent des regrets mineurs, et 34 personnes des regrets majeurs selon la classification des regrets du chercheur allemand Pfäfflin.

La chercheuse canadienne Annie Pullen Sansfaçon précise qu'il s'agit d'un cheminement non linéaire et non d'un retour à la position cisgenre avec des expériences mitigées quant aux étapes de transition et de détransition[115].

Dans le champ du travail social, le chercheur Alexis Marcours Rouleau de l'Université de Montréal se saisit de la diversité des trajectoires pour préciser les concepts d'une approche transaffirmative anti-oppressive et transaffirmative fluide (Rouleau et al., 2018). La première approche intègre l'impact des conditions sociales d'une personne sur ses expériences d'affirmation du genre. La seconde est au bénéfice d'une flexibilité d'un point de vue de l'identité de genre, et met l'accent sur la nécessité de soutenir les personnes au moment présent comme un temps de l'évolution de l'identité de genre. En ce sens, la détransition ne peut en aucun cas être entendu comme un argument contre les transitions[116]. Cette position est issue des études qualitatives longitudinales et réalisées auprès de la Chaire de recherche du Canada sur les enfants transgenres et leurs familles[117].

En 2019, le sociologue Arnaud Alessandrin anticipait ces résultats en proposant de redimensionner la notion de regret « que revêt-elle si elle ne correspond pas complètement, voire pas du tout, à la volonté de « revenir en arrière », « d'être comme on était avant » (Alessandrin, 2019, p. 188). Le regret range le changement de genre du côté d'une vision naturaliste de l'erreur et de la rectification, tandis que le genre dans sa dimension expérientielle est un devenir qui ne possède pas une

---

115 Les jeunes trans et non-binaires et leurs familles face à l'adversité : expériences, forces, stratégies et pratiques novatrices. Journée du 12 mai 2022, Bloc 3 : La « détransition » et les théories psychologiques classiques. Intitulé de la présentation orale par Annie Pullen Sansfaçon : « Détransition », « désistance » ou « discontinuation » : contextualisation et regard critique sur un phénomène en émergence.
https://www.acfas.ca/evenements/congres

[116] https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/april-2022/les-detransitions-ne-sont-pas-un-argument-contre-les-transitions

[117] https://jeunestransyouth.ca/fr/chaire-de-recherche.

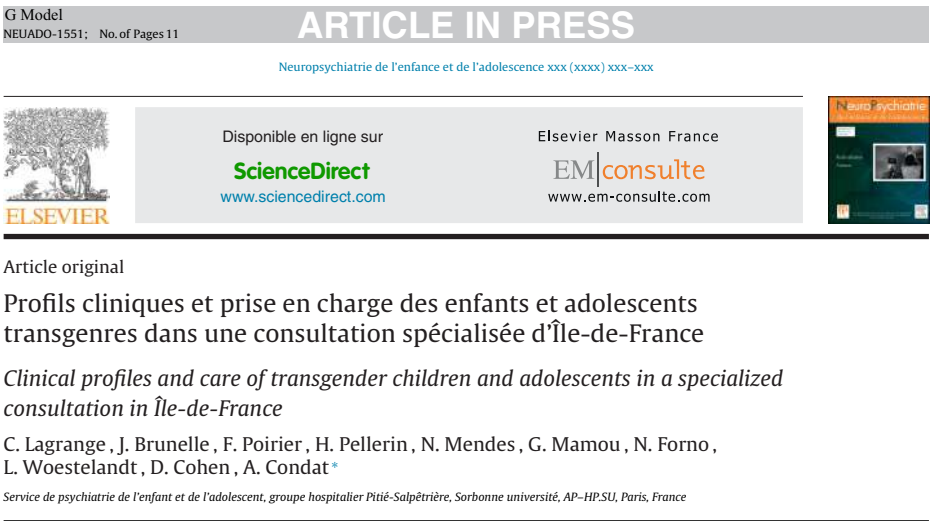
destination unique ni une réduction à la binarité. Cela apporte du recul pour lire ce qui est rapporté dans les médias anglais autour du cas Bell. Il s'agit d'une procédure juridique au sujet d'un jeune transmasculin qui, après s'être affirmé, a porté plainte contre la clinique Tavistock qui l'avait suivie lors de son affirmation sociale et médicale. Elle a mis en avant la trop importante facilité de la prise d'hormones masculinisantes et les regrets de la torsoplastie réalisée à l'âge adulte sans qu'on lui ait proposé un espace thérapeutique. Cette jeune a choisi ensuite de retransitionner vers son sexe d'assignation à la naissance (féminin). Les regrets qu'elle a exprimés plusieurs années après la transition hormonale posent la question de la pertinence d'un accompagnement plus qualitatif. Du point de vue juridique, la Haute Cour de Londres a statué sur le maintien des hormones sexuelles (bloqueurs et/ou traitements masculinisants ou féminisants), et a recommandé au préalable un avis judiciaire. Lors du jugement d'appel (17 septembre 2021), la cour a dit qu'il était inapproprié de demander à la justice de se prononcer sur la transition hormonale des mineur·es.

Aux États-Unis, la littérature rapporte quelques cas de procédures juridiques. Ces procès sont fréquemment associés à l'idéologie transphobe des féministes revendiquant des positions essentialistes. Le mouvement féministe, *Trans Exclusionary Radical Feminists* (TERFS), qui a vu le jour Outre-Manche, a été suivi aux États-Unis. Certains droits des personnes trans ont été invalidés et restreints. Le manque de recherche empirique et la faible prévalence de récits de personnes concernées ayant choisi de retransitionner induisent un biais de lecture, une mésinformation.

Une étude belge sur la prévention des regrets conclut à des phénomènes cliniques imprévisibles et inévitables (Vandenbussche, 2022). L'utilisation de diagnostics psychiatriques comme approximation pour exprimer les regrets de la transition, parfois retardée ou refusée, la question du poids de la cisnormativité et de la transnormativité dans les prises en soins sont également en jeu (MacKinnon et al., 2022), (Pazos Guerra et al., 2020), (Turban et al., 2021).

Afin d'illustrer d'un point de vue clinique, les propositions d'accompagnement pour les enfants et les adolescent·es trans, nous présentons un article qui illustre le travail de prise en soins dans l'équipe de pédopsychiatrie de la Pitié-Salpêtrière.

PAPIER 1



G Model
NEUADO-1551; No. of Pages 11

ARTICLE IN PRESS

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence xxx (xxxx) xxx–xxx

ELSEVIER

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Article original

Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France

Clinical profiles and care of transgender children and adolescents in a specialized consultation in Île-de-France

C. Lagrange , J. Brunelle , F. Poirier , H. Pellerin , N. Mendes , G. Mamou , N. Forno , L. Woestelandt , D. Cohen , A. Condat *

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Sorbonne université, AP–HP.SU, Paris, France

Lagrange C., Brunelle J., Poirier F., Pellerin H., Mendes N., Mamou G., Forno N., Woestelandt L., Bouzy J., Cohen D., Condat A., Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Ile-de-France[120], *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, juin 2023, http://doi.org/ 10.1016/j.neurenf.2023.05.001

Nous décrivons les modalités de prise en soins médicales d'enfants et d'adolescent·es, âgé·es de 3 à 20 ans, qui ont été reçu·es dans la plus importante consultation spécialisée d'Ile-de-France. Les jeunes sont reçu·es avec leur famille par un·e professionnel·le de santé mentale (pédopsychiatre et/ou psychologue), puis des entretiens réguliers sont proposés tel un temps de rencontre qui permet au jeune

[120] Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, APHP.SU, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris.

d'exprimer son vécu, d'élaborer une demande qui soit la sienne et qui puisse se parler dans un échange avec ses parents.[121]

L'échantillon est constitué de tous les jeunes qui ont été vu·es par un·e professionnel·le de santé psychique, dans le cadre de consultations ambulatoires à la demande des parents, sur adressage médical ou des associations de personnes concernées. Quelques jeunes ont été reçu·es alors qu'ils ou elles étaient hospitalisé·es dans le service de psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent du Groupe hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière pour une demande d'avis sur l'identité de genre qu'il ou elle exprimait.

Plusieurs types de données ont été colligées : les caractéristiques sociodémographiques, l'identité de genre exprimée, les données psychopathologiques selon les critères de la CIM-11, les propositions de blocage pubertaire, de transitions hormonales et/ou plus rarement chirurgicales. Les transitions sociales et juridiques sont aussi consignées.

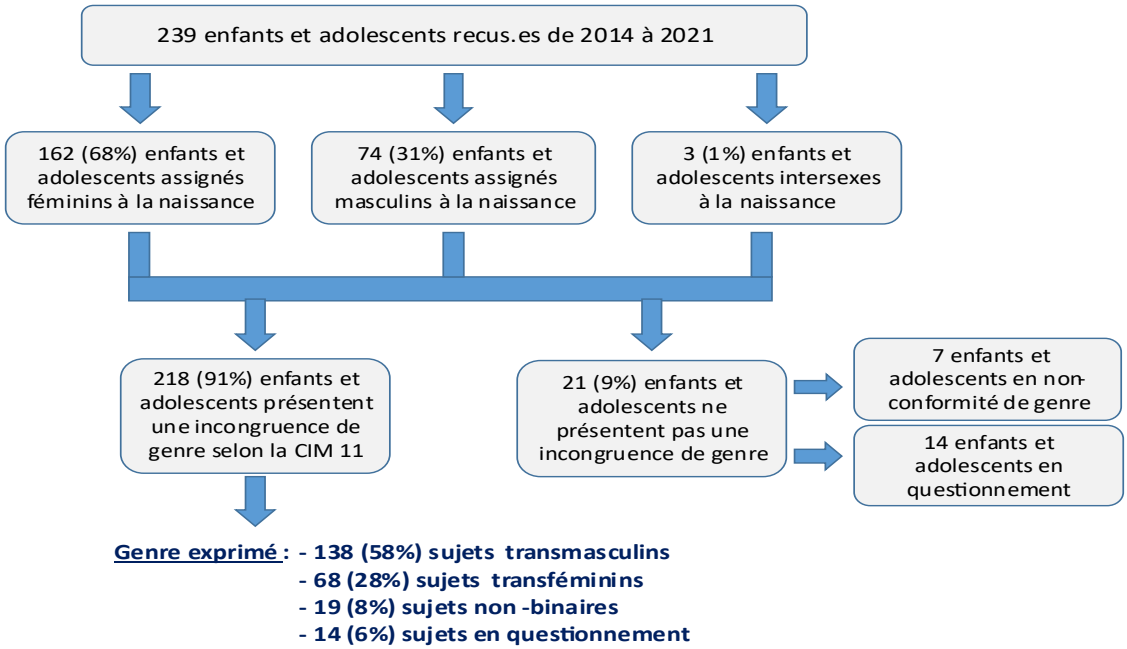
Description de l'échantillon

Sur les 239 jeunes qui ont été vus entre juin 2012 et juin 2022, 91% des personnes reçues présentent une incongruence de genre et 32 % d'entre elles ont exprimé cette incongruence avant la puberté selon les critères de la CIM-11. L'âge moyen auquel les jeunes, et leur famille, sont reçus est de 14,5 ans.

Le flow-chart ci-après est repris de l'article original suscité[122].

[121] Nous avons présenté ces résultats lors de la 5e édition de l'*European professionnal association for transgender health* (EPATH) qui s'est tenue à Killarney (Irlande) le 26 avril 2023 dans le cadre d'une session présidée par Anna van der Miesen autour de la santé mentale (enfants et adolescent·es) et des résultats d'études de jeunes qui ont commencé un traitement médical d'affirmation de genre. https://epath.eu

[122] Nous remercions l'éditeur Elsevier.



1/En termes de psychopathologie, nous retenons les points suivants.

Les troubles anxieux et dépressifs et la suicidalité arrivent très largement avant les autres troubles (troubles de l'alimentation, psychose, troubles bipolaires, phobies, etc.). L'ostracisme et le rejet scolaire sont des facteurs qui majorent grandement l'anxiété sociale et renforcent le vécu anxiodépressif.

Les jeunes de l'échantillon sont davantage exposé·es aux discriminations, voire aux agressions sexuelles dans l'espace public, que leurs pairs. L'internalisation de la transphobie par ces jeunes est significative.

2/En termes de parcours d'affirmation

Pour rappel, toutes les demandes de changements hormonaux et/ou chirurgicaux sont discutées en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Affirmation médicale

- 11 % des jeunes (qui ont atteint la puberté) ont bénéficier avec leur consentement et celui des deux parents d'un traitement réversible par bloqueurs de puberté. Ce traitement peut être suivi ou non par un traitement hormonal masculinisant ou féminisant qui sera seulement partiellement réversible.
- Le délai moyen entre le premier rendez-vous et la proposition de traitement : 10 mois (âge moyen : 13,9 ans).
- Moins de la moitié des 239 jeunes de la cohorte (44 %) ont reçu un traitement hormonal féminisant ou masculinisant (âge moyen : 16,9 ans).
- Le délai moyen entre le premier rendez-vous et le traitement est de 14 mois.
- 8,7 % des jeunes ayant reçu un traitement hormonal par hormones sexuelles ont réalisé une préservation de fertilité.

Affirmation sociale

- On relève que moins de la moitié des jeunes ont effectué une transition sociale avant le premier rendez-vous (40 %). La transition sociale s'entend par l'affirmation du genre souhaité au sein de la famille (74 % d'entre elles/eux), et/ou à l'école (61 %). L'âge moyen de la transition dans l'institution scolaire est de 15,13 ans.
- Un tiers des jeunes reçus dans la consultation spécialisée autour de la Diversité de genres (35 %) a officialisé en mairie le changement de prénom. Le nouveau prénom est inscrit sur l'acte de naissance. L'âge moyen de cette démarche est de 16,26 ans.
- 19 sujets ont demandé à changer la mention du sexe à l'état civil à leur majorité. L'âge moyen du changement de la mention de sexe à l'état civil est de 19,48 ans.

Affirmation chirurgicale

Les demandes de chirurgie avant la majorité civile restent très rares.

- 20 % des jeunes transmasculins effectue à une torsoplastie (âge moyen : 18,44 ans).
- Les autres types de chirurgie (phalloplastie, métoïdioplastie, vaginoplastie, implants mammaires, féminisation du visage, etc.) sont plus rares.
  5 sujets majeurs ont ainsi bénéficié d'une hystérectomie/ovariectomie (âge moyen : 18,81 ans).
  3 sujets ont bénéficié d'une chirurgie de féminisation (âge moyen : 20,47 ans)
  1 sujet a bénéficié d'une métoïdioplastie (âge moyen : 20,62 ans).

CHAPITRE 3 – LES RECOMMANDATIONS DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

A l'international, les recommandations sont reconnues comme un document clé pour guider les soins des personnes trans. Les approches nosographiques ne permettent pas de définir les besoins des personnes concernées en termes de conseils et de recommandations à destination des acteurs du parcours de prise en soins. C'est pourquoi des lignes directrices ont été pensées à partir de la recherche clinique sur des points médicaux, psychologiques, éthiques, et depuis l'expérience des personnes.

3.1 A l'international

3.1.1. World Professional Association for Transgender Health

La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), anciennement appelée Harry Benjamin *International Gender Dysphoria Association*, est une association de professionnel·les qui propose des conseils de prise en soins (*Standards of Care*, première publication en 1985). En 2012, la septième édition a distingué trois types d'interventions chez les adolescent·es en fonction de leur réversibilité du traitement hormonal ou chirurgical (totalement pour bloquer la puberté/partiellement pour masculiniser ou féminiser le corps/irréversible avec les actes chirurgicaux) (Coleman et al., 2022).

La huitième édition, très récemment parue en 2022, offre des sections plus étoffées sur les enfants, les adolescent·es, et les personnes non-binaires. « Ces associations ont suivi l'évolution sociale, conceptuelle et médicale de ces vingt dernières années et leur perspective s'est progressivement détachée d'une vision fixe et dichotomique du genre tout en tenant compte des avancées récentes en endocrinologie, chirurgie, thérapie vocale, psychothérapie et interventions psychosociales. » précisent Annie Pullen Sansfaçon et Denise Medico (Sansfaçon & Medico, 2021, p. 17). Ainsi, lit-on une bascule de l'approche médicale des

transsexualités vers une approche des transaffirmations où l'autonomination prévaut. Sur la base des éditions précédentes, quatre nouveaux chapitres sur l'éducation, les eunuques[123], la non-binarité et la santé sexuelle (*Education*, *Eunuch, Nonbinary*, *Sexual Health*) ont été ajoutés. Un chapitre intitulé « *Intersex* » (variations du développement génital) est proposé et fortement contesté par les organisations (notamment australienne)[124].

Les axes majeurs soulignés au chapitre sur les adolescent·es sont les suivants. L'importance de l'exploration de l'identité de genre à l'adolescence, le consentement pour la prise en soins en fonction de l'état émotionnel, psychosocial et cognitif du jeune, le rôle des parents et des professionnel·les de l'accompagnement dans la prise de décision et le consentement aux éventuels traitements ou chirurgies. Les recommandations internationales de 2022 ne mentionnent pas d'âge pour la prescription des hormones sexuelles féminisantes ou masculinisantes ; la situation du jeune doit être appréciée individuellement, de façon singulière avec la famille. Concernant les recommandations d'âge pour les interventions chirurgicales, et à défaut d'adopter une approche individualisée, les indications *in extenso* sont précisées comme suit.

L'âge de 15 ans et plus pour la masculinisation thoracique ; 16 ans et plus pour l'augmentation mammaire, la chirurgie faciale (y compris la rhinoplastie, le rasage trachéal et la génioplastie) dans le cadre d'un traitement d'affirmation de genre ; 17 ans et plus pour la métoïdioplastie, l'orchidectomie, la vaginoplastie, l'hystérectomie et le remodelage fronto-orbitaire dans le cadre d'un traitement d'affirmation du genre, et 18 ans ou plus pour la phalloplastie. Étant entendu que le jeune a eu au moins 12 mois de thérapie hormonale d'affirmation de genre ou plus si nécessaire y compris pour l'augmentation mammaire, l'orchidectomie, la vaginoplastie, l'hystérectomie, la phalloplastie, la métoïdioplastie et la chirurgie faciale. L'adolescent a eu au moins douze mois de thérapie hormonale d'affirmation

[123] Les recommandations internationales indiquent que cette affiliation est basée sur l'autodétermination de la personne et/ou qui s'identifie à une personne eunuque (avec ou sans chirurgie génitale). Cela n'inclut pas les autres personnes qui par exemple comme des hommes qui ont été traitées pour un cancer de la prostate avancé.
[124] https://ihra.org.au/39498/submission-wpath-soc8-2021/

de genre, ou plus si nécessaire pour obtenir le résultat chirurgical souhaité pour les procédures d'affirmation de genre, y compris, l'augmentation mammaire, l'orchidectomie, la vaginoplastie, l'hystérectomie, phalloplastie, métoïdioplastie et chirurgie faciale sauf si l'hormonothérapie n'est pas souhaitée ou est médicalement contre-indiquée.

3.1.2 Transgender Europe

D'autres recommandations en matière de soins aux personnes trans, associant chaque principe des droits humains avec des pratiques de soins spécifiques, sont édictées par l'association *TransGender Europe* (TGEU) sous le nom des *Guidelines to Human Rights Based Trans-Specific Healthcare*, 2019. *TransGender Europe*, *Guidelines to Human Rights Based Trans-Specific Healthcare* (2019)[125]. L'organisation compte 183 organisations membres et 275 membres individuels à travers l'Europe et l'Asie centrale dans 47 pays différents. Les membres comprennent une variété de groupes dirigés par des personnes concernées d'organisations LGBTI, de groupes ciblés pour des personnes non-binaires, autour des droits des travailleurs du sexe, des réfugiés transgenres afin de défendre les droits des personnes concernées.

[125] Ces recommandations de la TGEU sont autorisées à la copie et l'adaptation sous licence Copyleft.
https://tgeu.org/guidelines-to-human-rights-based-trans-specific-healthcare

3.2 En France

3.2.1 La Haute autorité de santé

Les outils d'amélioration des bonnes pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé (HAS) intitulés « Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France » datent de 2009. Ils sont en cours révision concernant les prises en soins des adultes et des mineur·es[126] en 2023.

Outre les recommandations officielles nous mentionnons, dans cette section relative aux bonnes pratiques, le Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes concernées qui a été remis au ministre Olivier Véran en 2022[127]. Il a été rédigé par le docteur Hervé Picard et Simon Jutant pour répondre à une saisine du ministre des Affaires sociales et de la santé, Olivier Véran avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Le rapport suggère plusieurs thèmes de travail autour d'un travail avec les acteurs concernés : repenser l'organisation des parcours d'affirmation médicale, développer la recherche clinique, la formation et la production de données démographiques, et de l'accompagnement des mineurs.

Ces propositions s'inscrivent au cœur des principes éthiques et politiques : la dépathologisation de la transidentité, l'autodétermination des personnes pour définir leur identité de genre, la non-discrimination, l'égalité géographique et sociale de l'accès aux soins. Pour mémoire, depuis 2010, la ministre de la Santé a sorti la transidentité des affections psychiatriques de longue durée (ALD 31)[128]. Le décret du 8 février 2010 avait amorcé en France la dépsychiatrisation en transférant la prise en charge des soins relatifs au « transsexualisme » de l'ALD 23 (affection

[126] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

[127] Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans remis à monsieur Olivier Véran,ministre des Affaires sociales et de la Santé, Dr Hervé Picard, Simon Jutant, avec l'appui de Genvière Gueydan de l'IGAS, janvier 2022.

[128] Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée ».

psychiatrique de longue durée) à l'ALD 31 (autre liste), mais sans impact réel sur les conditions requises pour y accéder (maintien d'une évaluation à dimension psychiatrique).

3.2.2 L'Académie nationale de médecine

Nous reprenons les grandes lignes d'un communiqué du 25 février 2022 de l'Académie nationale de médecine qui précise que la transidentité correspond à un ressenti, fort de plus de 6 ans, et une identification à un genre différent du genre assigné à la naissance, qui peut ou non occasionner une souffrance et conduire au suicide. L'Académie appelle à une position prudente eu égard aux thérapeutiques proposées. Il est fait référence aux positions de l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm d'interdire désormais l'usage des bloqueurs d'hormones sans en préciser le contexte. L'Académie s'accorde sur un accompagnement médical et psychologique des enfants ou adolescent·es, et de leurs parents et souligne « le risque de surestimation diagnostique est réel, comme en atteste le nombre croissant de jeunes adultes transgenres souhaitant « détransitionner ». Il convient donc de prolonger autant que faire se peut la phase de prise en charge psychologique. La proposition de prolongation de la psychothérapie n'est pas circonstanciée ; elle invite à poursuivre les thérapies *sine die*, sans que la question d'une attente qui deviendrait délétère et majorerait les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, soient spécifiées. Cette position est à mettre en perspective avec les équipes recevant des jeunes et leurs familles, notamment au Canada qui proposent « une approche affirmative » par opposition aux approches correctrices ou vigilantes (Sansfaçon & Medico, 2021, p. 11-12) (cf. Partie 1 : Revue de littérature, section 1, chapitre 1, 1.3 L'incongruence de genre).

CHAPITRE 4 – LES BESOINS SPECIFIQUES ET SPECIALISES

La littérature rapporte les vulnérabilités et les fragilités de la population transgenre qui parfois s'accompagnent de souffrances psychiatriques, et de ruptures de scolarisation en lien direct ou non avec l'anxiété, voire la phobie sociale. Par ailleurs, la question de l'attachement et de l'autoprotection a pu être évaluée à l'aide d'un modèle d'analyse du discours auprès de 57 enfants et adolescent·es (Kozlowska et al., 2021)[129]. Les jeunes concernés présentent un taux de dépression et de traumatisme plus élevé que la population contrôle, en plus de l'instabilité familiale, de ruptures relationnelles, de maltraitances (psychologique, sexuelle, émotionnelle), et de rejet de la part d'un membre de la famille (parent ou fratrie).

4.1 Les vulnérabilités

Les jeunes transmasculins et transféminines sont ainsi décrit·es dans la littérature comme une population particulièrement vulnérable avec un fort risque pour la santé mentale en termes de dépression, d'anxiété, d'automutilation, de suicidalité, d'humiliations, de réception d'invectives verbales et d'agressions physiques à l'école ou dans les lieux publics. Une étude rétrospective (N = 360 ; âge moyen de 19,6 ans) met en avant la majoration des risques (2 à 3 fois plus élevés) par rapport à leurs pairs cisgenres (Reisner et al., 2015). Il n'est pas rapporté de différences entre les jeunes transmasculins et transféminines sur ce point-là.

Sur une importante population des collégien·nes aux États-Unis (N = 80 929) (la classe d'âge équivaut aux niveaux de 5e et 4e dans le système scolaire français), 2 168 adolescent·es transgenres et non conformes (2,7 %) présentent des ressources

[129] Les jeunes sont âgés de 8,42 à 15,92 ans, 24 assignés garçons et 33 assignées filles. Ils et elles sont apparié·es selon l'âge et le sexe de la communauté (groupe non clinique) et un groupe d'enfants d'âge scolaire atteints de troubles psychiatriques mixtes (groupe psychiatrique mixte).

internes moins solides que leurs pairs cisgenres. Si face à ces attaques de l'image de soi, certains s'appuient sur des facteurs de protection tels que les relations familiales, le sentiment de sécurité dans l'espace public, et les relations soutenantes avec le corps enseignant, les facteurs de risques restent plus élevés que chez les jeunes cisgenres (Rider et al., 2018).

L'usage de toxiques, la détresse émotionnelle, les conduites sexuelles, l'isolement social sont rapportés dans les études. Les idéations suicidaires atteignent jusqu'à 60 %. L'usage important de toxiques est confirmé par une étude américaine où les auteurs (N = 214 ; 128 garçons transmasculins et 86 jeunes filles transféminines) (Newcomb et al., 2020) relèvent moins de mésusage dans la cohorte de jeunes transmasculins qu'auprès des jeunes transféminines (âge moyen : 19,57 ans), comparé à une cohorte contrôle. Parmi les données quantitatives récentes, une étude américaine récente note que 35 % des étudiant·es trans à l'université ont été victimes de violences, et que 27 % d'entre elles/eux se sentent en insécurité sur le trajet. 35 % ont présenté des idéations suicidaires (Kuehn, 2019).

4.2 Les discriminations

La littérature rappelle que les victimisations par les pairs et l'ostracisme social sont à considérer au titre de discriminations (de Vries et al., 2016), (Eisenberg et al., 2019). On retrouve une abondante littérature étrangère sur les discriminations et les marginalisations (Fedewa & Ahn, 2011), (Kuehn, 2019, 2019), (Gordon et al., 2017), (Adhia et al., 2018), (Clements-Nolle et al., 2006), (Reisner et al., 2015). La transphobie et le rejet génèrent et alimentent de l'exclusion, du mal-être et des cooccurrences psychiatriques chez les jeunes. Le harcèlement peut être verbal, physique ou numériques (Earnshaw, Elliott, et al., 2017).

La cisnormativité en milieu scolaire majore largement ces vulnérabilités. Une stratégie adaptative serait du côté d'une meilleure inclusion des jeunes transgenres, de la construction de réseaux de solidarité pour fragmenter la normativité éducative cisgenre (McBride & Neary, 2021). Cela permettrait ainsi de diminuer le

mégenrage qui représente un point de souffrance important chez les jeunes (Ashley, 2019).

L'importante revue de littérature (1959 à 2019) auprès d'enfants, adolescent·es et de jeunes adultes (moins de 25 ans) reprend les mêmes les facteurs de risques (humiliations verbales et physiques, situations de discriminations, isolement social, pauvreté des relations avec les pairs, estime de soi faible, insatisfaction importante) et résilience (écoute et compréhension des parents, du milieu familial, de l'entourage social, sécurité à l'école, appartenance à un groupe). Un facteur de résilience qui n'apparait que peu fréquemment dans la littérature est la capacité à utiliser le prénom choisi (Tankersley et al., 2021).

La tolérance parentale au comportement congruent au genre tel que vécu par les jeunes et les caractéristiques du fonctionnement émotionnel des parents peuvent être associées statistiquement à la transidentité chez l'enfant. Une étude a examiné les attitudes des parents à l'égard de la variance entre les sexes dans l'enfance, les corrélations entre ces attitudes parentales et les relations entre pairs, et le bien-être psychologique des enfants auprès de 266 enfants en transition sociale et en questionnement. Les résultats montrent que si les parents des jeunes en questionnement acceptent généralement la variance entre les sexes dans l'enfance, mais que de mauvaises relations avec les pairs sont prédicatives d'un bien-être psychologique plus faible chez ces enfants (Wong et al., 2019). Aux Pays-Bas, le niveau d'acceptation sociale des personnes trans comparée à d'autre pays est qualifié de « *reasonable* » (Vanhercke et al., 2014).

A l'appui de la littérature française, nous insistons sur deux points saillants : la vulnérabilité particulière de cette population sur le plan social, psychiatrique et l'accès aux soins (Condat et al., 2016), ainsi que les bénéfices des traitements hormonaux (suspenseur de puberté, masculinisant, féminisant) sur l'état psychique et le bien-être social des adolescent·es (Martinerie, 2017).

4.3 Les cooccurrences psychiatriques

Les principales difficultés psychiques rapportées dans la littérature relèvent : des risques suicidaires, troubles anxiodépressifs, angoisses de séparation, TDAH, troubles du spectre autistique, troubles obsessionnels compulsifs, abus de substance (12,5 à 84 % selon les nombreuses études) (de Vries et al., 2011), (Lucassen et al., 2014), (Lucassen et al., 2014), (Valentine & Shipherd, 2018), (Day et al., 2019), (Wiepjes et al., 2020), (Wiepjes et al., 2018), (Dalsgaard, 2019), (Newcomb et al., 2020). Une revue de littérature brésilienne rapporte à partir d'une population trans que les troubles de l'axe I selon le DSM-5 (humeur et anxiété) sont élevés (Freitas et al., 2020). Sur 577 personnes, 42,1 % souffrent de troubles de l'humeur et 26,8 % de troubles anxieux. Et 14,7 % ont recours à des consommations de drogues.

En ce qui concerne les troubles du spectre autistique l'incidence chez les enfants et les adolescent·es est de 7,8 % (Pasterski et al., 2014), (van Schalkwyk et al., 2015), (Strang et al., 2020), (Skagerberg et al., 2015) et de 0,6 à 1 % pour la population générale[130]. L'expression des troubles du spectre autistique est 6 fois plus élevé chez les jeunes présentant une non-conformité de genre (Strang et al., 2020). Une étude pointe la cooccurrence des intérêts obsessionnels, de la rigidité des convictions et des croyances chez les enfants exprimant une incongruence de genre (N = 49 dont 40 assignés garçons) (VanderLaan et al., 2015).

Une différence subsiste entre les jeunes transféminines et transmasculins. Ces derniers présentent deux fois plus de troubles cooccurrents (N = 105 adolescent·es ; assignées filles = 52 et assignées garçons = 53). Les troubles sont répartis comme suit : l'anxiété (21 %), l'humeur (12,4 %), les perturbateurs du comportement (11,4 %) (de Vries et al., 2011). Les dysfonctionnements parentaux et les ambiances familiales pathologiques participent aussi à la psychopathologie des jeunes (Coates, 2008) ; (Zucker, 2004). Il existe aussi des violences conjugales de

[130] Source : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/2020_6-7_1.html

la part du partenaire ou de famille (Adhia et al., 2018) ; (Johns et al., 2019) ; (Kuehn, 2019).

Une enquête américaine récente, réalisée par l'équipe d'une organisation à but non lucratif « Trevor Project » à Hollywood, s'intéresse aux bénéfices du traitement d'affirmation hormonale en termes de prévention la dépression, pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les jeunes trans et non-binaires (Green et al., 2022). 34 000 jeunes lesbiennes, gays, bisexuels, trans, queers et jeunes en questionnement âgés de 13 à 24 ans (dont 11 914 jeunes trans ou non-binaires) sont enquêtées. Les résultats montrent une relation étroite entre l'accès aux traitements hormonaux et les taux plus faibles de dépression et de suicide chez les jeunes transgenres et non-binaires.

La moitié des jeunes transgenres et non-binaires qui ne prenaient pas d'hormones souhaitent avoir recours à un traitement tandis que 36 % n'étaient pas intéressés par un traitement, et 14 % en prenaient un. Le soutien des parents est étroitement lié à la réception du traitement. Près de 80 % de ceux qui ont reçu un traitement déclarent qu'au moins un parent les soutenait dans leur démarche. L'utilisation du traitement hormonal est associée à des probabilités plus faibles de dépression récente et d'envisager sérieusement le suicide par rapport à ceux qui voulaient des hormones sexuelles mais qui n'en ont pas reçues. Pour les jeunes de moins de 18 ans, le traitement est associé à une probabilité plus faible de dépression récente et une tentative de suicide au cours de l'année précédente.

Une étude datant de fin 2021 met en lumière le bénéfice des traitements d'affirmation hormonaux et les effets positifs sur la dépression, les idées suicidaires, et donc l'amélioration de la qualité de vie chez des adolescent·es transmasculins, transféminines et non-binaires de 13 à 24 ans (Green et al., 2022) à partir d'une cohorte de 11 914 jeunes.

4.4 L'accompagnement psychologique

La Constitution de l'Organisation mondiale rappelle que « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour corollaire le champ des transidentités avec les discriminations dont peuvent être victimes les adolescent·es et les jeunes adultes trans et non-binaires (Ashley, 2019). Comme la littérature le rapporte ci-avant, un taux particulièrement important d'anxiété sociale et de dépression est retrouvée pour ces jeunes.

4.4.1 De la personne

Selon les recommandations de la WPATH, les notions d'accompagnement et d'exploration bienveillante sont fondamentales pour que les jeunes puissent exprimer et expérimenter leur individualité. En ce sens il est nécessaire que les professionnel·es soient formé·es et renseigné·es sur les parcours d'affirmation – les recommandations 2022 de la WPATH en font un axe majeur. Il s'agit pour les accompagnant·es (psychologues, psychanalyste et/ou pédopsychiatres) (Poteat et al., 2021) d'ouvrir des espaces (parole et corporel) pour accompagner l'angoisse (Condat et al., 2020), le projet de vie et le changement d'identité de genre, et pour aborder les questions autour de la sexualité et de relations aux autres (pairs et famille) (Bungener et al., 2022).

La littérature rapporte que les aspects psychologiques occupent une place importante dans l'affirmation de genre (Ehrensaft, 2012), (Earnshaw, Reisner, et al., 2017) pour se sentir accepté·e et reconnu·e en place de garçon, de fille ou de tout autre signifiant qui fait trait pour la personne. Il doit aussi permettre de renseigner les jeunes et leurs familles à un premier niveau d'information sur les possibilités médicales (traitements, chirurgies, fertilité), sur les transitions sociales et juridiques (consentements, changement de prénom en mairie et sur les listes d'appels à l'école, changement de la mention du sexe), les différentes options de parcours en libéral et en consultation spécialisée. Ainsi que sur les groupes

d'autosupport et de pair-aidance proposés par les associations de personnes concernées (jeunes et/ou parents) (Niard et al., 2020).

La prise en charge psychothérapique joue un rôle important pour se projeter dans l'expérience en vie réelle, anticiper le mégenrage ou la stigmatisation, savoir répondre aux questions parfois intrusives des personnes extérieures (entourage ou personnel médical), se positionner vis-à-vis des normes de genre. L'acceptation sociale et sociétale est dissymétrique entre les jeunes transféminines et transmasculins (Yu et al., 2017). Il s'agit pour les jeunes et leurs familles d'être accompagnés dans la gestion des conflits psychosociaux auxquels confronte la différence. De façon plus globale, la psychothérapie et l'espace de consultation peuvent être un lieu de parole pour mieux se connaître et parfois assouplir une transphobie internalisée. Il serait donc réducteur et erroné de passer sous silence la détresse de certain·es dans le cadre d'un parcours d'affirmation (Miles, 2020), et de ne pas proposer un cadre pour déposer sa parole si les personnes le souhaitent (Applegarth & Nuttall, 2016).

4.4.2 De la famille

La famille au sens élargie exprime des besoins du côté de l'écoute et de l'accompagnement eu égard aux remaniements des représentations psychiques, sociales et systémiques qu'ouvrent les questionnements et les parcours d'affirmation (Condat et al., 2020). Certains parents traversent un sentiment d'incompréhension suite à l'effet de l'annonce du coming-out, de l'impuissance devant le mal-être de leur enfant, devant les décisions sociales et médicales à prendre, et face au regard rejetant de la société et/ou de leurs pairs, voire de leurs propres parents (Pullen Sansfaçon et al., 2022). L'étude sociologique qualitative d'Andrée-Anne Frappier (enseignante en sociologie à Québec) réalisée auprès de six parents d'enfants qui s'identifient comme transgenre pointe cette expérience comme une « épreuve » dans le rôle social parental et signe l'entrée dans une « carrière » de « parent d'enfant transgenre ». L'auteure modélise cette trajectoire en trois étapes : l'engagement, l'apprentissage et le réajustement qui amènent le ou

les parents à endosser un rôle social et parental ajusté à son enfant. Le devenir parent d'un enfant trans bouscule sûrement les repères normatifs et infléchit selon l'auteure le travail parental dans l'accompagnement d'une identité cisnormative (Frappier, 2018).

4.4.3 En groupe

Une revue de littérature française recense les différents travaux des premiers groupes de Richard Green (1973 jusqu'à nos jours) sur la prise en charge groupale en distinguant les enfants, des adolescent·es et leur parents (Rabain et al., 2021). Le but thérapeutique rapporté par les publications récentes est la réduction de l'isolement social. Parallèlement, les auteur·rices présentent un dispositif novateur qu'ils ont animé. Il repose sur l'accueil de deux groupes monogénérationnels. Un premier groupe accompagne des enfants (7 à 11 ans) par le biais d'une médiation assurée par une équipe pluridisciplinaire basée le jeu du « faire semblant ». Le second réunit leurs parents pour aborder des questionnements relatifs aux transidentités. La perspective de travail est centrée sur le soutien plus que sur la guidance parentale. Les deux groupes favorisent l'émergence de représentations et de signifiants pour les enfants transgenres et les parents, et relancent l'associativité psychique et l'élaboration des angoisses parentales.

Le Centre médico-psychologique et pédagogique Pichon-Rivière (Paris 9e), Fondation Olga Spitzer, propose un groupe artistique mensuel encadré par une artiste plasticienne. L'intention du groupe est de pouvoir offrir un espace à des jeunes en questionnement et/ou en transition pour exprimer leur créativité autour de la confection de travaux créatifs (collages, photos, musique, visite d'atelier, etc.).

4.5 Les hypothèses psychodynamiques

L'approche psychodynamique met l'accent sur l'appropriation subjective de la personne et sur les conflits psychiques sous-jacents. Le traitement d'une crise subjective, d'un malaise, d'une souffrance exclut toute recherche d'une causalité ou solution *stricto sensu* (Condat, 2017). La littérature relève toutefois l'angoisse de séparation comme origine de l'incongruence de genre, l'exclusion sociale, la dynamique familiale – une solution inventée par l'enfant face à un malaise vécu dans toute première enfance ou plus tard dans son développement.

– A la fin des années 90, Susan W. Coates (psychanalyste américaine)[131] souligne les relations d'attachement perturbées avec les deux parents et le sentiment qu'ils auraient été davantage aimés dans l'autre sexe (Chiland, 2008). Elle pointe les angoisses de séparation (*anxiety separation*) chez des garçons d'âge préscolaire « (…) la construction du genre devient le moyen coopté de gérer l'angoisse liée à la sécurité de l'attachement et se fait d'une manière rigide, inflexible et stéréotypée. », et la nécessité de renouer un lien sécure avec la mère et un lien plus ajusté avec le père. Il ajoute que l'ostracisme social devient une source additionnelle de détresse. Les psychothérapies permettent de développer un sentiment de continuité et un sentiment de soi narratif pour l'enfant, et de traiter la souffrance familiale (Coates, 2008). Kenneth Zucker reprend les travaux de Susan W. Coates et de Person en parlant, non plus d'angoisse de séparation, mais de traits d'angoisse de séparation (Zucker et al., 1997). Il rejoint Susan W. Coates sur le point psychothérapeutique dans le sens où la famille peut aussi être en souffrance. Ces travaux en langue anglaise s'appuient sur les critères sur le DSM. Le rejet social et la stigmatisation sont des facteurs de vulnérabilités psychiques et psychiatriques

[131] Elle a travaillé sur le trouble de l'identité de genre chez les enfants et les traumatismes de la petite enfance, et a dirigé le *Childhood Gendre identity service*, à Saint Luke's-Roosevelt Hospital (New-York) de 1980 à 1997.

(Hatzenbuehler & Pachankis, 2016), (Fedewa & Ahn, 2011), (Johns et al., 2019), (Santarossa et al., 2019).

– L'incongruence de genre peut être secondaire à l'exclusion sociale. L'enfant se sentirait mieux dans un genre autre, là où il n'est pas stigmatisé.

– Le désir prénatal des parents concernant le sexe de l'enfant à venir, le « *parental wish* », n'a pas d'incidence sur l'identité de genre de l'enfant selon l'équipe de Kenneth Zucker (Möller et al., 2020) qui invalide cette hypothèse.

Une étiologie biopsychosociale complexe de genre est proposée dans une revue de littérature (Saleem & Rizvi, 2017). Margaret Mead écrit que la définition des caractéristiques de genre est consubstantielle à chaque société occidentale ou non (Mead, 1966). Il existe des cultures où un statut social est prévu pour les personnes qui se situent en dehors de la partition homme/femme (Chiland, 2011). Colette Chiland cite les travaux anthropologiques de Saladin d'Anglure qui précise qu'il ne s'agit pas d'un statut social dégradé mais valorisé comme celui d'un chamane. Il s'appui sur l'exemple des Inuits, de Walter Williams pour les les Berdaches, des Hijas ou se réfère à Niko Besnier pour la Polynésie (Chiland, 2011, p. 271 et *suivantes*). Les conceptions culturelles occidentales ou non occidentales diffèrent sur ce point de l'identité (Sironi, 2011).

Dans un registre lacanien et une approche clinique contemporaine, Agnès Condat propose de partir de la demande et de l'énonciation du sujet. Elle repère l'affect de l'angoisse qui marque l'effraction des éprouvés corporels entre l'image du corps et le réel du corps. L'avancée théorique qu'elle formule est la suivante : « l'affirmation transgenre » procèderait d'une tentative de renomination lorsque le réel du corps fait trou dans l'imaginaire pour un réaménagement juvénile du nouage entre les trois registres de la subjectivité (réel, symbolique, imaginaire) (Condat, 2016) (Condat, 2017).

Au terme de la revue de la littérature tripartite (historico-médicale, psychanalytique et relative à l'accompagnement), nous dégageons deux idées relatives à la dépsychiatrisation et aux dispositifs d'accompagnement.

En premier lieu, l'historicisation des concepts et des notions a montré un changement de paradigme du sexe vers le genre (Beaubatie, 2016). Depuis les années 90-2000, la voix des groupes militants LGBT+ a permis une réappropriation du champ des transsexualités ; l'accent est mis sur l'aspect social du genre (Espineira, 2011). La psychologue Françoise Sironi reprend cette avancée, et rappelle le travail conjoint des personnes concernées, des profesionnel·les de la prise en soins et des médias : « Cela est également dû à l'action des médias, qui ont cessé de faire du sensationnalisme avec la question transsexuelle, et qui l'ont traitée avec sérieux. […] Ces professionnels du soin, qui ont choisi de se placer aux côtés des personnes transsexuelles, et des associations que ces dernières ont constituées pour se défendre contre l'ostracisme, ont également contribué à commencer de faire cesser le discrédit à l'encontre de la question transidentitaire (transsexuels, transgenres). » (Sironi, 2011, p. 11-20). En ce sens, les médias n'ont pas qu'une influence négative et délétère qui précipiterait les plus jeunes vers une transition.

En second lieu, les améliorations récentes dans l'accompagnement dans la prise en soins des personnes trans sont soutenues par les recommandations nationales et internationales, et par l'ouverture de lieux de prise en soins. Les dispositifs d'accueil hospitaliers ou hors les murs de l'hôpital comme la consultation Transidentité du CMPP Pichon-Rivière (Fondation Olga Spitzer) sont des lieux d'accueil « innovants ». Nous reprenons le concept d'« innovation » des réflexions sur les dispositifs cliniques qui croisent les champ du soin, de la protection de l'enfance et les besoins des familles selon une approche psychanalytique « Dispositifs innovants dans l'accompagnement des adolescents » (Feldman & Boudarse, 2022).

Ces dispositifs sont prisonniers du contexte politique que nous avons mentionné à plusieurs reprises. Nous supputons que le vent réactionnaire et passionnel ne souffle pas uniquement sur l'accompagnement des mineur·es, mais plus largement sur les personnes trans (mineur·es et adultes).

Partie 2 : La démarche de l'étude

Nous explorerons de façon psychodynamique l'expressivité des sujets en questionnement et/ou en affirmation d'une différence liée au genre masculin, féminin, ou en dehors de cette dichotomie. Autrement dit, de quelle façon singulière ces jeunes racontent leurs paysages intimes depuis leur corps, leur sexualité, leur rapport à l'altérité (relations avec la famille, pairs et le milieu associatif), à la société –, et par extension, le rapport du sujet avec le politique (Forno & Mansouri, 2022).

Cette étude se présente *ex materia*. Un des points d'arrimage est la rencontre avec l'équipe clinique de recherche hospitalière de la Pitié-Salpêtrière bien avant l'amorce de ce travail, et de la rencontre avec les participant·es. Cette étude s'appuie sur le fait que les situations de rencontres cliniques soientt la source d'un lieu d'élaboration pour la recherche (Forno et al., 2022).

CHAPITRE 1 – LE CONTEXTE

1.1 L'élaboration de la question de recherche

Pour circonscrire le champ de l'étude, nous privilégions le terme de « démarche », proposé par Sophie Gilbert (chercheuse en recherche qualitative sociopsychique), car il met d'emblée l'accent sur la complexité des processus de pensée. Elle propose une contribution novatrice à la recherche en psychologie où s'entrecroisent les critères de scientificité et le cadre clinique psychanalytique (Gilbert, 2009). Nous préfèrerons le terme de « démarche » à celui de « méthodologie » qui souligne un processus plus systématique. « Démarche » traduit aussi les étapes de la déclaration et de l'affirmation de soi selon des modalités discursives : la façon singulière dont chaque personne est entamée par la question de son être genré, sexué et de son être social. Décrire une expérience d'un point de vue qualitatif « c'est prendre appui sur l'expérience originaire du fait » selon Chantal Deschamps (sociologue québécoise qui s'intéresse aux approches qualitatives de la réalité sociale) (Deschamps, 1993).

Le champ phénoménal de cette recherche embrasse le primat du ressenti, des positions subjectives, et de la temporalité pour explorer la manière dont les sujets se débrouillent avec l'écart entre le corps de naissance et le ressenti psychique, et l'accordage social et sociétal. Comment vivent-ils·elles, et témoignent-ils·elles, ce que la littérature scientifique et psychosociale nomme la non-conformité, l'incongruence de genre, la transidentité, – expérience psychique et corporelle euphorique ou dysphorique…

Une question épistémologique se pose à propos du passage du paradigme du sujet singulier à la généralisation théorique – elle nous a embarrassée, à la manière d'un petit caillou dans le soulier, tout du long de la rédaction. Que peut-on interpréter du rapport d'un sujet à son corps, au social et au sexuel à une échelle populationnelle ? Cela questionne directement l'objet théorique de la chercheuse-clinicienne. Penser une expérience sociale, corporelle et psychique unique pour tenter de théoriser une affirmation de genre et/ou de sexe en regard des stéréotypes, des représentations

sociétales et des questions éthiques… Ce propos fait écho à la tension entre le typique étudié en psychologie, le générique de la médecine et le singulier de la discipline de la psychanalyse (Visentini, 2021). Poser cette question c'est, à certains égards, border l'écueil de notre démarche qui serait d'ébaucher des typologies d'affirmation de genre en cédant à l'uniformisation des dires du sujet.

1.2 La rencontre avec la clinique

L'élaboration de cette recherche puise ses racines dans une collaboration qui a débuté en 2015 avec l'équipe de la consultation Diversité de genres, dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du professeur David Cohen, au sein du groupe hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière – au prétexte d'un stage de master 2. Une relation de travail plus étroite s'est nouée avec l'équipe de recherche à propos de thématiques amenées par la professeure Colette Chiland et soutenues par la docteure Agnès Condat sur les parentalités atypiques (Chiland et al., 2013) – dont une étude méthodologique à laquelle nous avons participée sur le devenir des enfants conçus grâce aux progrès des technologies biomédicales (avec un donneur anonyme) dans un couple dont le père est transgenre et la mère cisgenre[134] (Mamou et al., 2020)[135].

Paul-Laurent Assoun relève qu'« Il y a quelque chose de rageur, voire de « criminel » chez le chercheur invétéré, qui le pousse à revenir sans cesse vers le

[134] De 2015 à 2019, un séminaire clinique multidisciplinaire « Les enfants de la science : Advenir par la science » a appréhendé les questions éthiques de la parentalité transgenre. Il était co-animé par le Professeur François Ansermet, Professeur honoraire en psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à l'Université de Genève et à l'Université de Lausanne, psychanalyste et membre du Comité consultatif national d'éthique à Paris, Nouria Gründler, psychanalyste, et Agnès Condat, pédopsychiatre et psychanalystes, s'est tenu dans le cadre du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il a réuni des médecins psychiatres, pédopsychiatres, obstétriciens, endocrinologues, biologistes de la reproduction, néonatanologues, pédiatres, des psychologues du développement, des psychanalystes, des philosophes, des sociologues, des anthropologues, des éthiciens et des juristes intéressés par la transidentité et l'AMP.

[135] L'étude explore le développement cognitif, la santé mentale, l'identité de genre, la qualité de vie, et la dynamique familiale à l'aide d'instruments standardisés et de protocoles expérimentaux chez 32 enfants conçus par insémination artificielle avec donneur (IAD) dans des couples français composés d'une femme cisgenre et d'un homme transgenre, la transition étant survenue avant la conception. Cette étude évalue à l'aide d'outils standardisées le bien-être psychologique des enfants.

même lieu, sur lequel il « cogite » et où il va peut-être « tuer » une vérité acquise. Il faut sans cesse « remettre ça », ce qui ouvre l'étrange temporalité de la recherche, entre continuité et discontinuité, reprise et rupture. » (Assoun, 2004, p. 49).

Le contexte de travail fécond de l'équipe de clinicien·nes de la Salpêtrière, depuis l'écart de notre place d'observatrice pendant les entretiens pédopsychiatriques, a présidé à ce travail de thèse[136]. La demande que les jeunes et leurs familles adressent à une institution hospitalière a fait sourdre un désir d'en savoir davantage sur l'affirmation d'une personne… Notre intérêt clinique a été stimulé par les questionnements, parfois abyssaux et térébrants, et/ou les affirmations transmasculines, transféminines ou autres, – dans lesquelles certains jeunes *vacillent,* sombrent dans l'isolement des quolibets et des railleries de leurs pairs ou de leurs aînés…[137]

Comme dans toute proposition théorique (*thêsis*), la recherche clinique produit un prélèvement discursif dans la narration par la personne elle-même (Legrand, 1993). Nous centrons notre étude sur le récit de vie, une notion introduite par le sociologue Daniel Bertaux en 1976. Il distingue « le récit de vie », narration que la personne peut en faire par rapport à « l'histoire de vie » (celle vécue par une personne) (Bertaux & Singly, 2016). Le récit de vie introduit deux dimensions : celle l'individualisation et de la capacité à globaliser son histoire depuis la naissance jusqu'au présent et à la projection vers l'avenir (Niewiadomski, 2002). Le récit de vie favorise la mise au travail de la subjectivité ; les participant·es mettent à jour certains aspects de leur fonctionnement psychique selon Sophie Gilbert durant les récits (Gilbert, 2009).

Le format du récit de vie présente plusieurs points forts pour notre recherche. Tout d'abord, de part sa faible directivité le récit de vie laisse une autonomie au participant·e pour rapporter ce qu'il souhaite de son vécu. Cet espace permet à des

[136] Nous avons assisté à des consultations avec les docteures Julie Brunelle et Agnès Condat qui reçoivent les jeunes et leurs familles à la consultation Diversité de genres, au GHU Pitié-Salpêtrière.
[137] Nous empruntons le terme de « vacillement » à M'Uzan dans *Aux confins de l'identité*, Gallimard, 2005, p. 16. La citation exacte est la suivante : « l'identité n'est pas une détermination fixe, mais se caractérise par sa porosité et ses vacillements, tant chez l'analyste que chez le patient. »

contenus transférentiels (nous préciserons cette notion) de s'y déployer. Les récits de vie apportent une dimension expérientielle du sujet, qui complètera le travail de revue de littérature sur la transidentité que nous avons coécrit (Mendes et al., 2016). En outre, le récit de vie permet d'apporter une dimension singulière autour des éprouvés, des ressentis, des affects des trajectoires de transition afin d'aller au-delà d'un récit qui déroule les étapes de transition. Enfin par rapport au terrain de recherche, le recrutement a majoritairement été effectué dans le cadre hospitalier au sein d'une consultation spécialisée sur la diversité de genres, le récit de vie introduit un écart par rapport à un circuit de prise en soins.

CHAPITRE 2 – LE CHAMP DE RECHERCHE

2.1 Les problématiques

L'objet de recherche est d'explorer le verbatim des jeunes transmasculins et transféminines qui ont perçu une discordance entre leurs éprouvés intimes, leur assignation de naissance, et les représentations sociales à l'endroit du genre. Les participant·es révèlent une torsion entre leur être au présent et leur devenir sur le versant sexué, genré et social. Vivre aligner avec ses ressentis ouvre une question ontologique : celle de l'être au monde – quelle que soit la capacité à se réaménager pour soi-même au fil des âges de la vie (Ricoeur, 2015).

Les axes de recherche forment la pierre angulaire d'une exploration à plusieurs brins. Quels sont les processus psychiques dans les questionnements préalables à la transition, et pendant les étapes du parcours ? S'agit-il d'une révocation de la sexuation ou d'un « aveuglement de la comédie des sexes », de la mascarade des sexes (Pommier, 2011, p. 161) ? Quels insignes sont mobilisés : est-ce un rapport intime de soi à soi (anatomique et psychique), de soi aux autres, du groupe ou d'une communauté vis-à-vis de soi, ou de l'affirmation de soi dans une combinatoire singulière des dimensions de l'individuel, du social et du sociétal ?

Nous l'avons mentionné en introduction le corpus de la transidentité est nouvellement étudié pour les mineur·es et les jeunes adultes, à l'exception du Canada qui a une antériorité dans l'accompagnement et une recherche qui promeut un savoir depuis la Chaire de recherche sur les enfants transgenres et leurs familles[138]. Cette étude qualitative du récits des jeunes enquêté·es apportera un éclairage complémentaire à l'étude des profils cliniques et de la prise en charge des enfants et adolescent·es transgenres dans une consultation spécialisée d'Ile-de-France récente présentée dans la partie de revue de littérature (Lagrange et al.,

[138] https://jeunestransyouth.ca/fr/chaire-de-recherche

2023).

Nous resserrerons notre propos autour de trois axes pensés depuis notre lecture de la littérature, la clinique et à l'accompagnement des professionnel·les de la prise en soins et à la pair-aidance dans une perspective scientifique en combinant les savoirs expérientiels et professionnels, les souhaits des familles et les caractéristiques du milieu (parcours depuis un service de pédopsychiatrie et/ou en ville) (Cossette, 2010).

2.2 Les trois axes de conduite des entretiens

Axe n° 1 : Les éprouvés préalables à la transition

Axe n° 2 : Les parcours de transition

Axe n° 3 : Les bénéfices de la transition et les facteurs de risque psychosociaux

– Axe n° 1 : Les éprouvés préalables à la transition

Les ressentis du corps, les rencontres interlocutives avec les pairs et les conventions sociales sont des points féconds qui confrontent le sujet à lui-même et à l'autre d'un point de vue imaginaire et symbolique, selon le stade développemental et psychique où il en est. Les ressentis corporels, les processus identificatoires et les relations objectales sont rebattues et interrogées. Par ailleurs, en rencontrant le corps sexué à la puberté, les sujets se confrontent à un écart entre les représentations imaginaires et le sexe consigné sur l'acte d'état civil.

Les questionnements font sourdre une palette d'affects dont l'angoisse (Condat, 2017). La théorisation du refoulement sexuel (1895-1897) s'appuie sur la notion de non-préparation à un danger interne de la « scène de séduction » qui survient avant

la puberté et face à l'angoisse de castration dans la petite enfance et dans l'après-coup de la puberté avec l'effroi sexuel (Laplanche & Pontalis, 2007, entrée "Effroi")[139]. Devant une stimulation externe ou une situation de danger, Freud distingue dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920) les affects qui peuvent être convoqués tels que la peur (*Furcht*), l'effroi (*Schreck*), l'angoisse (*Angst*) face au danger de la rencontre,. Il met au jour deux types d'angoisse : l'angoisse signal d'alarme et l'angoisse automatique avec des étiologies distinctes. L'angoisse automatique se caractérise par des sensations avant tout physiques et motrice.

Pour Lacan (1962), l'angoisse surgit « toujours dans un certain rapport entre le sujet et l'objet », et non à cause du manque (séparation avec le phallus). L'objet n'est donc pas complètement perdu puisqu'il en existe des traces dans l'inconscient. S'il n'y a pas d'image du manque lacanien, l'angoisse reste la seule traduction subjective de la quête de l'objet perdu, « c'est quand quelque chose, n'importe quoi vient apparaître à la place qu'occupe l'objet cause du désir » (Le Séminaire, Livre X (1962-1963). Il insiste sur le temps constitutif du désir pour un sujet : « Le temps de l'angoisse n'est pas absent de la constitution du désir, même si ce temps est élidé, non repérable dans le concret. ».

Croiser l'autre (le semblable) dans sa différence sexuée, sociale et au prisme des expressions de genre peut fait sourdre une inquiétante étrangeté (*Unheimlich*), ouvrir une exploration de soi-même, et laisser poindre un désir d'affirmation dans un genre autre. Est-ce la dysphorie de genre, cette inquiétante étrangeté ? Ainsi, nous décrirons pour les participant·es les ressentis et les questionnements qui viennent avant la transition.

[139] Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e éd). Presses universitaires de France. Si la peur n'a pas d'objet défini, l'effroi désigne « l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé », tel un facteur de surprise. L'angoisse est « caractérisée par l'attente du danger et à celui-ci, même s'il est inconnu » dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926) ; elle est en réaction à la perte ou à une séparation (angoisse « originaire ») ou à un signal qui s'active en cas de danger de castration.

– Axe n° 2 : Les parcours de transition

Le deuxième axe cerne les modalités de transition dont les participant·es se saisissent : social, et/ou médical, et/ou juridique. Nous apportons une réserve autour du terme « parcours » qui semble, d'une part, une approche qui se fonde sur une notion de modèle médical (pathologie) en passant sous silence l'inclusion sociale. Et d'autre part une approche qui suggérerait une procédure à adopter et préalablement définie par les recommandations et les bonnes pratiques en matière de transidentités. A ce stade de la rédaction, nous conservons toutefois le terme de parcours.

Afin d'inscrire les démarches de transition dans une perspective psychanalytique, nous les rapprochons du désir. Au sens freudien, le désir inconscient (*Wunsch*) est lié à des signes infantiles et désigne le vœu[140] (Laplanche et al., 2007, p. 120). Sigmund Freud, dans sa théorie, réfère l'expérience de la satisfaction à la trace mnésique plutôt qu'au besoin qui naît d'un état de tension interne. L'acte (*Agieren*) recouvre deux significations : faire une action et réactualiser une action antérieure.

Lacan ajoute que pour le sujet l'acte est toujours signifiant ; il permet d'assurer sa place subjective. Lacan reprend la notion du désir en la distinguant du besoin et de la demande dans *Les formations de l'inconscient* Le Séminaire, Livre V (1957-1958) (Lacan, 1998). Le besoin vise un objet en particulier et s'en satisfait tandis que la demande, même si elle porte sur un objet, est adressée à autrui. Le désir s'inscrit donc dans cet interstice du besoin et de la demande. Il s'agit du manque inscrit dans la parole, comme effet de la marque du signifiant sur l'être parlant et du lieu depuis lequel il peut référer d'une polarité masculine, féminine ou autre. « Le lieu d'où vient pour un sujet son message langagier est appelé Autre, parental ou social » (Chemama & Vandermersch, 2018, p. 148-153). Le désir se traduit peut-être dans l'acte de transitionner à travers les démarches d'affirmation

[140] Entrée : La convoitise ou la concupiscence. *Lust* ou *Begierde*.

choisies (sociales, et/ou médicales et/ou juridiques). Peut-être est-ce une invention subjective qui permet au sujet de camper ses propres assises (*Bejahung*)[141].

– Axe n° 3 : Les bénéfices de la transition et les facteurs de risque psychosociaux

La prise en soins et les possibilités légales de changement de prénom et de mention à l'état civil contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des jeunes et de leur famille, au même titre que la dépathologisation et les mesures mises en place par le législateur, et les réseaux de groupes d'entraide (autosupport et pair-aidance) sont les prédicats d'une meilleure insertion sociale et contribuent à l'amélioration de la qualité de vie psychique et sociale des jeunes et de leur famille.

Toutefois, la littérature rapporte que des discriminations sont toujours à l'œuvre dans les différents espaces (familial, public, médical, etc.), et que l'incongruence de genre peut susciter de l'ostracisme social voire des discriminations. « Nier la transphobie est un moyen simple de nier les discriminations : pas de mots, rejets, dénis, violences et discriminations. Même les meurtres transphobes sont analysés par la loupe policière et judiciaire comme des cas isolés, victimes d'un individu en particulier qui s'estime « trompé », et non d'un contexte. » (Espineira & Thomas, 2022, p. 115-121). La prévention des vulnérabilités encourage une diminution de la violence dans les institutions scolaires (violences physiques, verbales, sexuelles, cyberintimidation). Ainsi, nous décrirons les bénéfices et les points de vulnérabilités spécifiques au prisme des parcours des jeunes interviewé·es.

[141] Freud introduit le terme de *Bejahung* en 1925 dans le texte « La négation », Freud, S. (1998). *Résultats, idées, problèmes.* 1921-1938 (5e édition), pour différencier deux registres d'affirmation opposés fonctionnent au niveau de l'appareil psychique dans le trajet perception-conscience.

CHAPITRE 3 – LA METHODE[142]

A l'appui des travaux de Daniel Widlöcher et de Georges Devereux sur les enjeux dialogiques entre recherche et psychanalyse, Pascal Roman rappelle la nécessité de la méthode dans le travail de recherche (Roman, 2014). Une rigueur scientifique limite la restitution d'événements factuels qui se borneraient pour notre sujet à lister les étapes des parcours de transition lors de l'analyse du matériel de recherche – d'autant que les transitions présentent une diversité comme dit dans la revue de littérature. Nous souhaitons à partir des énoncés des sujets repérer la manière dont le trajet discursif se construit, évolue, avant même qu'ils et elles aient sollicité les possibilités de changement social, médical, juridique.

Après avoir présenté la congruence de l'analyse phénoménologique interprétative avec notre sujet de recherche, nous reviendrons sur les enjeux théoriques de la production psychopathologique et psychanalytique. Freud a conçu sa métapsychologie telle une « science, celle du psychisme inconscient », « appelée à fournir des contributions importantes aux champs les plus divers du savoir », en plus d'être un « procédé thérapeutique spécifique » (Freud & Bonaparte, 1948, p. 119).

3.1 L'analyse phénoménologique interprétative

L'analyse phénoménologique interprétative (IPA) est une méthode de recherche qualitative, spécifiquement développée pour le domaine de la recherche en psychologie. Elle voit le jour au Royaume-Uni (Smith, 2008; Tindall, 2009), avec un écho en France (Antoine & Smith, 2017). A partir de base de récits d'événements de vie significatifs, l'IPA permet d'appréhender l'interprétation de la production de

[142] En particulier la page 15 pour l'histoire des méthodes qualitatives et du courant qualitatif qui se développe dans les années soixante-dix et leurs diversités relatées dans *Oxford Handbook of Qualitative Research*, (Leavy, 2014). (Sibeoni, 2017)

sens : « L'étude approfondie de l'expérience individuelle vécue, basée sur la formulation propre qu'en fait la personne, prend sa source en philosophie dans le courant phénoménologique » (Antoine & Smith, 2017).

Elle puise son ancrage épistémologique dans différents domaines de la philosophie : la phénoménologie, l'herméneutique et l'idiographique ; sa position épistémologique est située entre le réalisme et le constructivisme (Gelin et al., 2015). Pour mémoire, en philosophie, l'approche phénoménologique s'inscrit dans la continuité de la pensée kantienne et du courant que Edmund Husserl qui, à la fin des années soixante-dix, s'intéresse à la description de l'objet qu'en retire le sujet (par l'expérience non par la description). Husserl propose la méthode de l'*épochè* qui consiste à se soustraire des interprétations, en suspendant toutes croyances et toutes idées préconçues sur l'objet d'étude. Notre approche conjugue la description et l'interprétation à partir de l'expérience intime, sociale, culturelle et politique des participant·es. La manière d'être du sujet parlant, son être-au-monde (*Dasein*), dans une perspective existentielle c'est-à-dire « en fonction de la manière d'être du Dasein préoccupé, disposé affectivement, compréhensif, discursif » (Heidegger et al., 1995, p. 127). Elle exclut ainsi une lecture essentialiste – qui supposerait que l'essence précède l'existence.

L'approche phénoménologique permet de rendre compte de l'expérience d'un sujet en restant au plus près du discours des participant·es qui vivent un changement de genre. Que nous partagent-ils et elles des parcours de transition, des débuts du questionnement, des changements souhaités et de ceux engagés, de la fin ou non du parcours. De quelle façon racontent-ils et elles l'affirmation et de la construction de leur transition : de l'annonce au changement de prénom dans la famille et à l'école, à la prise d'hormones, voire aux modifications corporelles, du rapport au groupe de pairs et aux aînés ? Autrement dit, nous serons attentifs à l'expérience singulière dans la rencontre avec les autres, avec un autre sexe et genre, et avec une autre normativité (pas forcément hétéronormée et ciscentrée). Nous relèverons l'ensemble des descriptions immanentes aux vécus et représentations psychiques, corporelles et sociales que les adolescent·es et jeunes adultes trans souhaitent nous partager.

L'étude des portraits des personnes enquêté·es sera réalisée de manière idiographique, qui vise le particulier plutôt que le général (par opposition à une approche nomothétique). Tout au long du processus de repérage, nous avons veilléà rester en lien avec le discours des participant·es puisque la méthode de l'IPA recommande un aller-retour entre les différents niveaux d'interprétation. Ces différentes étapes assurent la solidité de la cohérence dans les analyses longitudinales et transversales (Yardley, 2017). Pour ajouter un critère de rigueur à notre analyse, nous avons sollicité un second cotateur (docteur en psychologie) pour objectiver les thèmes et les sous-thèmes, et trianguler notre lecture.

La lecture des travaux de recherche conduits par Annie Pullen Sansfaçon nous ont interrogée sur la pertinence de la *Grounded Theory*[143] (Paillé, 1994). Nous nous sommes questionnée dans l'après-coup sur la pertinence de l'IPA pour notre recherche à l'appui de ce que Annie Pullen Sansfaçon, chercheuse dans le champ des transidentités chez les enfants, amène en termes de méthodologie pour ses recherches. Elle précise que compte tenu des perspectives multidisciplinaires (qualitatives et quantitatives) des domaines sociaux et médicaux des transidentités, elle a intégré l'approche inductive de la théorie ancrée à l'analyse thématique dans les études qu'elle a menées : « *Combining these methodologies is helpful to produce a multidimensional understanding of medical experiences and particularly efficient for centering the voices of trans' youth* » (Pullen Sansfaçon et al., 2020).[144] Toutefois, le choix de l'approche ancrée, bien que « prometteuse d'innovations » (Guillemette, 2006)[145], aurait introduit dans l'étude un biais important dans le respect du référentiel de notre étude puisque nous avions déjà réalisé une revue de littérature biomédicale et psychosociale Condat (Mendes et al., 2016). Nous serions donc partie d'un contexte théorique déjà analysé plutôt que de l'insu du terrain.

[143] La théorie ancrée a été conceptualisée par Glaser et Strauss. La référence théorique est la suivante : Glaser, B.-G., Strauss A.-L, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, IL, Aldine, (1967).

[144] « La combinaison de ces méthodologies est utile pour produire une compréhension multidimensionnelle des expériences médicales et particulièrement efficace pour centrer la voix des jeunes trans'. » (nous traduisons).

[145] « C'est de la découverte au sens de l'innovation dans les interprétations proposées. Les chercheurs qui empruntent cette approche ne veulent pas en rester aux explications déjà fournies. ».

3.2 Le paradigme psychanalytique

C'est à partir d'un sujet en mouvement, celui de l'inconscient, que nous écoutons les récits de vie et les stratégies discursives des jeunes. « Comme un rébus, elles [les associations verbales] chiffrent le savoir inconscient d'un être assujetti au langage, d'un sujet décalé du je du cogito, de l'ego de la psychologie, de l'organisme de la biologie, du porteur de chromosome de la génétique, de l'individu du behaviorisme. » (Assoun, 2018, p. 97). Selon Paul-Laurent Assoun, la métapsychologie freudienne « (...) n'est autre que ce qui élève l'expérience analytique à la portée d'un *savoir.* ». Pour saisir correctement la complexité et la multiplicité de ces énoncés, sans pour autant les réduire à une causalité ou à un déterminisme quelconque, tout en les dégageant de la *classification diagnostique*, nous prendrons appui sur le paradigme psychanalytique (Assoun, 2004).

Entendre les participant·es à partir de la fonction symbolique du langage laisse supposer que le savoir est le fruit de l'inconscient, et qu'une part du logos échappe à la conscience puisqu'on en perçoit uniquement des manifestations. La spécificité de ce type d'écoute laisse place à l'implicite, au doute, à l'émergence de trouvailles, à l'innovation psychique de chacun·e. L'introduction de l'écoute signifiante psychanalytique dans les entretiens de recherche permet de cerner deux pôles à mettre en tension : « l'événementiel » avec les contextualisations des parcours de transition et « l'inférentiel » qui se loge dans la construction de la rencontre (Chiland, 2005). Nous retrouvons ici la combinatoire de l'analyse phénoménologique dans une première lecture événementielle et interprétative, et une écoute de l'implicite à l'aide des registres de la subjectivité et de la tripartition temporelle (passé, présent, futur).

L'écoute flottante favorise l'émergence de l'implicite dans la parole des participant·es « afin que l'attendu ne l'emporte pas sur l'inattendu, mais éventuellement le renouvelle, dans la clinique, tout est à recueillir comme si rien ne s'était par ailleurs écrit – sans quoi nous risquons de ne découvrir que ce que nous

entions déjà prêt à trouver » (Freud & Robert, 2012, chapitre VII). Dans la démarche de recherche, cette approche tente de saisir le vif du discours, la part singulière que l'on ne peut pas prédire avant la rencontre, ni la chercheuse-clinicienne ni les participant·es. Dès l'*Esquisse*, Freud écrit que la « (…) finalité manifeste dans le cas d'une pensée attentive, discriminative, où la sélection est assurée par la représentation du but poursuivi. Finalité latente et découverte par la psychanalyse là où les associations sont livrées à leur libre cours » (Freud et al., 2009, p. 313-404). Ainsi, la découverte freudienne associe l'inconscient et la sexualité pour produire une pensée réflexive, critique et conceptuelle sur l'expériences des jeunes concernés par la transidentité.

CHAPITRE 4 – LA CONDUITE DE L'ETUDE

Le guide de l'entretien est conçu à partir de la revue de la littérature sur la transidentité. A l'appui des études qualitatives et des études de cohorte françaises et internationales autour de la prise en charge. Nous n'avons pas souhaité enquêter sur le niveau social et économique, la profession des parents, et les éventuels coocurrences psychiatriques ou psychologiques. Les personnes interview·ées ayant été régulièrement soumis à des entretiens médicaux, il nous a semblé primordial d'offrir un cadre le moins directif possible tout en gardant le cap de nos axes de recherche. C'est pourquoi la grille d'entretien n'est pas davantage aboutie ou formalisée, et que nous avons rejeté l'idée de poser des hypothèses pour les vérifier dans les entretiens.

Nous avons retenu les thèmes ci-après à explorer.

- la perception d'une différence et le questionnement,
- la souffrance liée au corps
- les changements juridiques, sociaux et corporelles envisagées ou réalisées,
- l'annonce de la transidentité à la famille,
- le choix du prénom et le prénom choisi,
- le choix du lieu d'accompagnement médical (hospitalier et/ou libéral),
- l'ostracisme, les stigmatisations, les violences et les discriminations,
- les liens avec le milieu associatif trans et/ou LGBTI+ et avec la pair-aidance.

La conduite des entretiens, dite semi-directive, permettra de poser un cadre au sein duquel les jeunes déposeront leurs dires et leurs ressentis, les modalités qu'ils ont choisies dans le parcours de transition (social, médical, juridique). La fléxivité et l'adaptabilité de cette conduite sont toutefois interrogées par la chercheuse en psychologie sociale Edith Salès-Wuillemin. « L'enquêteur se trouve ainsi dans un

apparent paradoxe parce qu'il tente d'obtenir des réponses spontanées en réponse à un questionnement planifié » (Salès-Wuillemin, 2006). Si la trame des entretiens a servi de canevas pour recueillir les dires des participant·es, l'espace des entretiens de recherche demeure toutefois une fenêtre où les signifiants propres à chaque jeune sont déposés. Sans essayer d'orienter les entretiens, et en nous exprimant de façon minimaliste, nous avons suivi le fil associatif de la parole des participant·es – matériel nécessaire à l'analyse idiographique, c'est-à-dire centrée sur une série de cas particuliers (Antoine, 2017).

4.1 L'entretien individuel unique

A l'appui de la perspective ricœurienne, nous soutenons que l'homme ne peut pas se saisir hors du temps et du récit (Ricœur, 1983). Nous avons ouvert tous les échanges en demandant aux participant·es de situer les parcours de transition dans le temps chronologique pour avoir les coordonnées du début de leur affirmation, des démarches en cours, et d'une éventuelle poursuite de transition. Le cadre que nous leur demandons de poser a permis d'articuler nos questions autour des débuts de questionnements pour savoir de quelle façon et à quel moment de développement leurs questions ont surgies. Dans cette même dynamique, nous avons conclu les entretiens en demandant ce qui les a incité·es à participer à l'étude.

La collecte des vécus s'est faite dans le respect de leur parole, avec le tact, et parfois la réserve, nécessaire pour aborder les questions de l'intimité, entendre les thèmes qui sont tus ou parlés avec des affects particuliers (embarras, enthousiasme, angoisse, réserve, etc.). Dans *Fenêtres*, Jean-Bertrand Pontalis partage au lecteur·rice le lieu depuis lequel il écoute ses patients : « Pour me tenir dans ce lieu, pour me mouvoir dans cet espace, il faut que je m'éloigne de la réalité extérieure comme je dois me placer en léger retrait du propos manifeste du patient, que je sois de l'autre côté et, dans le même temps, ici. » (Pontalis, 2002, p. 34). L'étayage et/ou

la relance ont parfois été nécessaires pour que la parole se déploie dans le respect des non-dits et des ellipses (autour du prénom de naissance, des relations intimes…). *In fine*, le guide d'entretien pourrait être qualifié d'invitation au récit de soi (voyage). « L'objectif majeur de l'entretien est de permettre au participant de faire état de son histoire et de sa situation avec ses propres mots » (Antoine & Smith, 2017).

Nous avons été attentive à ce que nos questions soient ouvertes, bienveillantes et conversationnelles, qu'elles viennent s'enchâsser dans la parole des participant·es sans heurt, soit pour relancer l'échange ou suivre notre fil d'entretien. Donald Winnicott précise, au sujet du cadre thérapeutique, que l'« On peut, par exemple, avancer d'emblée que le thérapeute doit pouvoir s'identifier au malade sans pour cela perdre sa propre identité. » (Winnicott & Monod, 1982, Introduction, p. 4).

A l'ensemble des participant·es, il a été dit que notre intérêt de chercheuse-clinicienne se logeait dans ce qu'ils et elles souhaitaient nous livrer ; de s'autoriser à nous faire savoir si certaines questions étaient intrusives ou faisaient écho à des événements douloureux (notamment lorsque les vulnérabilités psychiques et sociales ont été interrogées).

Si dans la psychothérapie d'orientation psychanalytique il y a à manier les résistances du sujet avec tact (Ferenczi, 1990)[146], voire à les interpréter dans le transfert, le cadre de la recherche qualitative repère uniquement ce que le patient tait ou ce qu'il dit en creux dans l'implicite du discours, sans l'interpréter.

Bien qu'entre la recherche et les entretiens préliminaires d'une cure analytique le cadre et la visée diffèrent, nous avons souhaité tout de même favoriser l'inattendu, la surprise et l'émergence d'une parole singulière. René Roussillon écrit : « Le face à face, si l'on prend soin de conserver une attitude contretransférentielle *ad hoc*,

[146] Pour creuser la question du tact analytique, on se réfèrera en particulier aux *Œuvres complètes,* tome IV, S Ferenczi, collection Science de l'homme, Payot, 1990.

offre la possibilité d'intensifier la fonction "miroir" de la relation. »[147], sans perdre de vue que nous cherchons à collecter le savoir expérientiels des personnes enquêtées.

4.2 Les participant·es

Au début de la conception de l'étude, nous avions pensé recruter uniquement par l'intermédiaire de la consultation de la Salpêtrière ; c'est-à-dire solliciter des jeunes qui s'étaient présenté·s à une consultation hospitalo-universitaire parisienne dédiée à la diversité de genres. Les docteures Agnès Condat et Julie Brunelle nous ont transmis une liste de trente-et-un jeunes et de leurs familles qu'elles avaient reçu·es à la consultation spécialisée autour de la diversité de genres (en questionnement et/ou à différents stades de transition).

Pour information, l'adressage à cette consultation se fait par le biais des médecins scolaires, des forums d'échanges de jeunes personnes trans, des parents et des associations, ou sur proposition d'un pédopsychiatre, psychanalyste ou psychologue qui a repéré que des questions autour de l'identité de genre se posaient. Le contexte pandémique de la Covid-19, et les mesures de confinement, ont favorisé le recrutement par le biais des réseaux sociaux communautaires, au sein de groupes d'échanges de personnes transféminines et transmasculines[148]. Au total, quatorze participant·es ont accepté de se confier (treize jeunes-hommes transmasculins et une jeune-fille transféminine).

4.2.1 L'âge des participant·es

La recherche est constituée d'une population âgée de 16 à 24 ans. De fait, les stades développementaux et psychiques sont divers : de la fin de la puberté jusqu'au stade jeune adulte. Nous avons choisi de ne pas inclure les enfants prépubères car les

[147] https://reneroussillon.com/cadre-dispositif/le-travail-psychanalytique-en-face-a-face/

[148] Le MAG Jeunes LGBT+ est une association par et pour les jeunes LGBT+ âgé·es de 15 et 30 ans, fondée en 1985.
https://www.mag-jeunes.org/

enjeux développementaux et psychiques sont trop éloignés de ceux de notre étude. Le critère d'inclusion a été les manifestations pubertaires, plus que l'âge biologique ; pour certain·es les signes de puberté physiologique commencent dès l'âge de 10 ans.

4.2.2 L'effectif de participant·es

Si les recommandations de l'IPA concernant les effectifs sont souples (du cas unique à une vingtaine de personnes), la faisabilité d'analyse du matériel de recherche a été retenue comme critère. Bien qu'il soit difficile de faire l'impasse sur la notion de saturation de l'échantillon selon Lorraine Savoie-Zajc, il nous a paru inapproprié d'appliquer ce critère car notre approche est psychanalytique. « Poser le problème de l'échantillon s'avère alors être d'une importance stratégique et centrale car le type d'échantillon retenu va guider, colorer, encadrer le processus d'interprétation des résultats de la recherche et ce, autant en puissance explicative qu'en richesse et en crédibilité. » (Savoie-Zajc, 2013).

Le recrutement a permis le recueil de quatorze expériences de vie : onze sont issues du recrutement de la consultation Diversité de genres et trois des réseaux sociaux. La base de prospects était de trente-et-un pour le bras de la consultation hospitalière. Les non-répondant·es ont été relancé·es deux fois. Nous avons pris attache avec les parents des jeunes, sauf pour les trois participants transmasculins recrutés par les réseaux communautaires.

4.2.3 Les modalités de l'entretien

Le contexte sanitaire a entraîné un nombre élevé d'entretiens en visioconférence (six sur quatorze) ; quatre se sont déroulés au téléphone sans support vidéo. La collecte des données a donc été modifiée par rapport à l'intention initiale des entretiens *in situ* (trois en présentiel). Afin d'anticiper d'éventuelles réticences/résistances, nous avons laissé le choix du mode de communication (avec ou sans l'image) à la personne.

CHAPITRE 5 – COMMENT TRAITER LE MATERIEL

Les écrits freudiens rapportent que « Le véritable début de l'activité scientifique consiste plutôt dans la description de phénomènes, qui sont ensuite rassemblés, ordonnés et insérés dans des ensembles. Dans la description déjà, on ne peut éviter d'appliquer au matériel certaines idées abstraites que l'on puise ici ou là, certainement pas seulement dans l'expérience nouvelle. » (Freud et al., 2018, « Pulsion et destins de pulsions », p. 7).

Un premier temps, qu'on qualifiera de naturaliste, a été nécessaire pour décrire les expériences d'affirmation du genre chez les participant·es. Ce premier pas est proche de la clinique que l'on rencontre dans une thérapie où il s'agit de se faire l'adresse de la demande du patient·e (Widlöcher, 2004)[149]. Un second temps, plus expérimental, est celui de la construction et de l'assemblage des formulations des enquêté·es pour saisir les enjeux, sociaux, médicaux et éthiques. Pour le dire avec les mots de Sophie Gilbert, il s'agit de « la mise en évidence de recoupements entre les sujets » qui va « au-delà du savoir relatif à un individu en particulier » (Gilbert, 2007, p. 277)[150].

5.1 Au-delà du savoir constitué par la littérature

Se poser la question du traitement du matériel de recherche évite de rabattre le discours des jeunes sur le savoir théorique de la transidentité, et notamment les différentes dimensions du parcours de transition et de prise en soins déroulées dans la revue de littérature. Nous souhaitons entendre la parole du sujet dans

[149] « La méthode clinique questionne l'expérience et utilise des concepts pour formuler une réponse, provisoire certes, mais utile en l'état de l'expérience commune. »

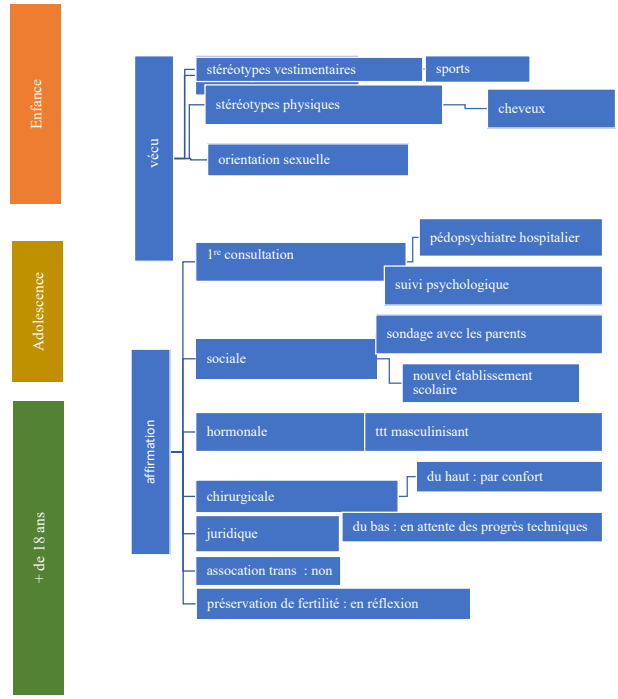
[150] La citation complète est : « Néanmoins, le volume de notre échantillon de recherche demeure appréciable, ce qui, inévitablement, limite la profondeur de l'analyse (en comparaison à la cure psychanalytique et même, à l'étude de cas en recherche) au profit, cependant, de la représentativité et de la compréhension d'une problématique au-delà du savoir relatif à une individu en particulier. ». 27-29 juin 2006, Université Paul Valéry, Montpellier III.

l'historicisation du récit qu'ils ou elles feront dans l'après-coup du parcours.

Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits afin de conserver un retour possible au matériel brut. Une première prise de notes a suivi l'entretien : elle nous a permis de déposer notre écoute signifiante, nos éprouvés, pour témoigner de la rencontre *hic* et *nunc*. Plusieurs écoutes et relectures des verbatims ont ensuite été nécessaires pour distinguer les thèmes et les sous-thèmes et extraire les axes que nous discuterons au cas par cas (portraits), puis de façon synthétique (analyse transversale).

Nous avons colligé les unités de sens selon l'IPA (validées par le second cotateur) sous un format visuel sous la forme d'un graphe pour chaque portrait, qui est consultable en annexe 2. Nous reproduisons ci-après un aperçu.

PORTRAIT N° 1 : UNITES DE SENS DE LA TRAJECTOIRE DE MATTHIAS



Les représentations graphiques nous ont aidée à construire l'analyse des résultats à la manière d'une esquisse en art. Zoé Gelin, psychologue belge, utilise la méthode idiographique pour étudier l'expérience du cas particulier, et souligne l'articulation entre le singulier et le conceptuel : « Les thèmes renvoient à l'essence psychologique des phénomènes en contenant suffisamment de particularités pour être proches du phénomène et suffisamment d'abstraction pour être conceptuels. » (Gelin et al., 2015, p. 137). Le graphique annexé pour chaque lecture d'entretien permet une vision articulée des thèmes et sous-thèmes du parcours d'affirmation ; chaque thème est lié à des extraits du verbatim original. Le traitement cas par cas met l'accent sur l'individualité de l'affirmation de chaque personne au sein d'étapes du parcours de transition parfois identique. Enfin, une lecture que nous appelons synchronique rend compte des similarités et des différences des différentes affirmations masculines, féminines ou autres dans une perspective psychodynamique.

Fort de ces relevés quasi topologiques, nous brosserons la lecture des quatorze portraits. Nous procéderons ensuite à une lecture transversale des entretiens pour mettre en exergue les dimensions communes à tous les verbatims. Nous ambitionnons de donner deux lectures complémentaires pour saisir notre objet de recherche au plus près de l'historicisation du récit des personnes trans autour du parcours de transition et de leurs vécus.

5.2 La question du sens

Comme nous l'avons énoncé à maintes reprises, nous gageons que la position de chercheuse-clinicienne d'orientation psychanalytique permette une lecture au-delà du contenu manifeste. *Cum-prenhendere*, au sens étymologique, signifie embrasser l'objet de l'étude par la pensée pour saisir conjointement le sens (participant·e et chercheuse-clinicienne) qui se loge ailleurs que dans les dimensions du savoir (biomédical, social, psychanalytique hétérocentré, juridique, éthique) de la transidentité. Elle tente de restituer le sujet dans son expérience singulière du sexuel depuis les insignes parentales jusqu'au choix d'un autre genre.

L'institution universitaire joue également un rôle : celui de tiers. L'étude lui est adressée, ainsi qu'au jury de la soutenance et aux éventuels lecteur·rices qu'il(s) ou elle(s) soient personnes concernées, universitaires, pair-aidant·es ou autres. « Or les universitaires sont d'abord des chercheurs, c'est-à-dire qu'ils ont à faire prévaloir la cohérence du logos sur l'incongru de la tuchê[152], non pas simple cohérence interne, mais comme condition d'une transmission possible à la fois aux élèves et aux "confrères" des autres disciplines. » (Rassial, 2005, p. 169).

Dans cette citation du psychanalyste, nous interprétons « l'incongru » du côté des normes sociales ciscentrée et de l'héténormativité, et peut-être souhaitons-nous une « cohérence » transdisciplinaire et/ou intersectionnelle. Thamy Ayouch rappelle que ces normes n'existent pas dans l'inconscient « Toute conception hiérarchisée des sexualités, donnant primat à la norme hétérosexuelle s'avère homophobe, idéologiquement : elle articule une série de stratégies opposées à la légitimation de l'"homosexualité" comme sexualité acceptable exactement au même titre que l'hétérosexualité. » (Ayouch, 2022, p. 129).

L'entretien de recherche, dans sa dimension rétrospective (qu'on a aussi appelé ci-avant historicisation) vient-il rendre compte d'une ressaisie du parcours pour les participant·es. Pour se faire eux·elles-mêmes le témoin du chemin parcouru et cheminement intrapsychique effectué par rapport aux attendus familiaux, sociaux, sociétaux ?

[152] Lacan a repris le concept d'Aristote. La tuchê est la rencontre avec le réel, proche du hasard.

CHAPITRE 6 – LA REFLEXIVITE

Dans l'ouvrage *L'enfant et le savoir* la psychanalyste Martine Menès, qui s'interroge sur le besoin d'indépendance infantile et sur le désir d'apprendre, précise que « Dès que deux personnes se parlent en effet, il y a transfert, c'est-à-dire mise en jeu non consciente d'un certain nombre de réactions, d'émotions et de scénarios de l'enfance plus ou moins oubliés. Dans une relation, chaque interlocuteur est pris dans un mouvement et reçoit ce que dit l'autre à travers le filtre des scénarios relationnels qu'il a vécus et intériorisés au cours de son enfance. Le transfert imprègne toutes les relations interpersonnelles, mais certaines positions favorisent particulièrement son surgissement. » (Menès, 2017, p. 157).

Cette citation permet de souligner dans le contexte de notre démarche méthodologique que la question réflexive, transférentielle pour les psychanalystes, est d'autant plus prégnante que l'approche phénoménologique interprétative place le sujet de la recherche au cœur du récit de son intimité. Le chercheur en psychologie attaché au Laboratoire de changement social, Mauricio da Silva Neubern circonscrit la place du chercheur·euse dans les études qualitatives ainsi : « Cependant le clinicien est également considéré comme le principal outil de sa démarche, d'où la nécessité d'un travail qui rapproche la connaissance de l'autoconnaissance, de manière que les processus subjectifs du clinicien soient en même temps assumés et utilisés comme moments de l'approche clinique. En d'autres termes, sans se perdre dans une perspective subjectiviste, le clinicien se place au carrefour de dimensions qui prennent leur origine dans ces références théoriques : les processus des sujets et leur propre subjectivité. » (Da Silva Neubern, 2003, p. 85).

Notre démarche de chercheuse-clinicienne est donc incluse dans un processus de production de sens à la manière d'une coconstruction – une double herméneutique où il nous faudra analyser les contre-attitudes des participant·es et de la chercheuse.

D’ores et déjà, nous pointons la dissymétrie des positions occupées par les participant·es et la chercheuse. La chercheuse-clinicienne, nous l’avons dit, est en position de demande, et les participant·es en position de savoir expérientiel.

6.1 Du point de vue des participant·es

A l’évidence, l’acceptation des participant·es n’est pas motivée par la résolution d’une conflictualité psychique comme celle décrite par Freud. « Le médecin qui devait entreprendre le traitement analytique de la jeune fille avait plusieurs raisons de se sentir mal à l’aise. Il n’avait pas à faire à la situation que l’analyse requiert, et dans laquelle seule, elle peut mettre à l’épreuve son efficacité. On sait que dans son modèle idéal, cette situation se présente ainsi : quelqu’un, par ailleurs maître de soi, souffre d’un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu’il finit par venir chez le psychanalyste, à qui il se plaint de la chose et demande son aide » (Freud et al., 1994, « Psychogénèse d’un cas d’homosexualité féminine », p. 238).

Si la recherche n’est pas le lieu de l’interprétation, les échanges des participant·es seront tout de même empreints de leur position subjective consciente et inconsciente, des affects, de phénomènes défensifs ou d’évitement et d’autres phénomènes complexes et multiples qui ne seront lisibles qu’à l’issue des entretiens.

6.2 Du point de vue de la chercheuse-clinicienne

Dans le cadre de la recherche, la demande que nous formulons aux participant·es est un souhait : obtenir un échange sous la forme d'un récit intime d'une personne concernée par la transidentité ayant effectué un parcours de transition. La clinicienne est demandeuse de matériel clinique pour coconstruire et formaliser une pensée à l'appui du savoir des participant·es. Ce point fait associer avec notre expérience clinique des entretiens préliminaires lorsqu'un·e patient·e vient consulter à la demande d'un·e tiers·ce personne. Jean-Jacques Rassial qualifie la place de l'analyste ainsi : « Moins parce qu'il viendrait incarner du paternel ou du maternel – position qui l'orienterait, s'il s'y attachait, vers une orthopédie – que parce qu'il est, exclusivement ou alternativement, mis en place de déchet renvoyé à la "connerie" de l'adulte qui ne comprend rien ou de nouvelle incarnation de l'Autre, hors génération ou ancestrale, selon les cas. » (Rassial, 2009, p. 176).

L'analyse transférentielle et contretransférentielle de notre position complexe de chercheuse, de clinicienne et de femme cisgenre non racisée appartenant à la génération X (1965-1976) selon la classification de William Strauss et Neil Howe[153], sera donc nécessaire.

[153] https://www.erudit.org/en/journals/bhp/2016-v24-n3-bhp02546/1036736ar.pdf

CHAPITRE 7 – L'ETHIQUE

Nous questionnons le cadre éthique à travers l'acte de consentir (à l'étude) et des effets du dépôt de la parole. Nous sommes loin du terrain éthique du philosophe Paul Ricœur (Basanguka, 2005) qui définit l'éthique comme « la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes »[154]. L'éthique est souvent adossée à la morale ; la morale, elle, se réfère à un programme, une idée, un schème d'action à accomplir, un point de visée dont on a pensé le principe pour obtenir un résultat. Si la morale éclipse le sujet, disons que l'éthique l'intègre et le considère.

Nous distinguons l'éthique en recherche, centrée sur l'établissement de connaissances et l'intérêt scientifique du travail, de l'éthique en lien direct avec les personnes concernées[155]. Nous croisons ce point avec l'éthique de l'inconscient. Le statut de l'inconscient ne s'apparente pas à ce qui est déjà réalisé ; il est éthique dans le sens de : là où c'était, je dois advenir (comme homme, femme ou autre), du *Wo es war, soll Ich werden* freudien. Comme souligné dans la revue de littérature, les recherches effectuées en psychopathologie psychanalytique sur la transidentité auprès d'une population adolescente et de jeunes adultes sont peu nombreuses en regard des publications sur les adultes transgenres (Condat & Cohen, 2022).

[154] « La vie bonne » fait référence à l'Éthique à Nicomaque de Aristote, p. 202.
[155] https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_CodeNuremberg_TradAmiel.pdf

7.1 L'éthique de la recherche

L'étude n'entre pas dans le champ strict des recherches qui impliquent la personne humaine (RIPH) c'est-à-dire hors loi Jardé[156]. L'épistémologie en phénoménologie et en psychanalyse n'a pas les mêmes visées que l'éthique médicale basée sur le principisme (Beauchamp & Childress, 2007). Il s'agit de réfléchir à la décision d'accéder à une transition sociale précoce en milieu scolaire ou à un traitement hormonal au moment souhaité (principe d'autonomie) ; au consentement et à une information éclairée ; à l'accès à la procréation pour les personnes trans (principe de bienfaisance) ; la préservation de fertilité face aux traitements hormonaux qui freinent la maturation des organes génitaux pour les adolescents trans (principe de justice – par rapport aux adolescent·es souffrant d'un cancer). La projection des adolescent·es ne va pas aussi loin dans la vie future d'adultes, et n'entre ainsi pas dans le champ de leurs préoccupations (Condat, 2020).

Les considérations éthiques visent des points soulevés dans la revue de littérature (cf. Partie 1, chapitre 1) : la catégorisation diagnostique de la dysphorie de genre dans le DSM-5 et l'incongruence de genre dans la CIM-11, l'âge du début des traitements, et plus latéralement la prise en compte des effets secondaires à long terme, les effets somatiques des traitements et les conséquences sur la fertilité. Nous rouvrirons ces considérations dans la partie consacrée à la discussion (cf. Partie 4) à l'appui de la littérature et de l'analyse des résultats.

7.1.1 Les spécificités de la recherche

Il est toutefois nécessaire de penser à la responsabilité du chercheur·euse envers les personnes enquêté·es. Il s'agit donc de penser ce dernier point en termes de réflexivité, de position sociale et des éventuels préjugés depuis notre position de chercheuseuse-clinicienne. Nous nous sommes appuyée sur les propositions canadiennes pour le bien-être et la santé des personnes trans en matière de

[156] Journée de formation à l'université Paris-Nanterre en présence de Olivier Jardé et François Lemaire sur la loi Jardé du 5 mars 2012.

recherche[157] qui édictent les six principes suivants : porter attention aux questions de légitimité et à l'impact de la recherche sur les communautés ; dialoguer avec les communautés ; le consentement et la confidentialité ; considérer les facteurs concernant la diversité, le pouvoir, la marginalisation et la représentation ; la responsabilité envers les participant·es et les communautés transgenre ; et la capacité réflexive de la part des chercheur·euses et de leurs équipes[158].

7.1.2 Les consentements des participant·es

Clotilde Leguil pose l'acte de consentir pour un sujet comme suit : « Il n'y a pas de consentement éclairé (Leguil, 2021, p. 27). C'est ce qui fait la beauté du consentement. Le consentement porte en lui-même une part d'énigme, de dessaisissement de soi, qui s'accompagne d'une ignorance extrême de ce à quoi on consent. Un dénuement même. Le consentement en tant qu'acte du sujet, est ouverture à l'autre, risque pris de laisser l'autre franchir la frontière de son intimité. En cela, le consentement est toujours un saut : sans savoir, je fais confiance au désir de l'Autre (…) C'est depuis le mystère que je peux advenir pour moi-même, lorsque je suis traversé par un désir, que le consentement authentique advient. ».

Les consentements oraux et écrits formalisent le lien entre la recherche et les participant·es. Didier Fassin souligne qu'une demande de consentement écrit peut générer de l'anxiété alors qu'un accord oral se fait plus simplement (Fassin, 2008). Nous avons donc pris au sérieux cette préoccupation éthique en rappelant à chaque personne, en début et en fin d'entretien, qu'il était possible de retirer son

[157] Bauer, G., Devor, A., heinz, m., Marshall, Z., Pullen Sansfaçon, A., Pyne, J, pour le Comité de recherche de la CPATH (2019). La CPATH est une organisation professionnelle, nationale, multidisciplinaire dont le mandat est de soutenir la santé, le bien-être et la dignité des personnes transgenres et de celles qui expriment une diversité au niveau du genre. Les membres de la CPATH sont notamment issus de la profession de la médecine de famille, de l'endocrinologie, de la pédiatrie, de la chirurgie, du travail social, de la psychologie, de la psychiatrie, de l'orthophonie, du milieu de l'éducation, de la recherche, ainsi que des avocats et avocates et des organismes membres qui offrent des services de première ligne, et qui soutiennent les personnes transgenres à travers le Canada.

[158] Code d'éthique de la CPATH en matière de recherche concernant les personnes trans et les communautés. Canada : Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre. http://cpath.ca/fr/resources/

consentement dans l'après-coup de l'interview[159].

La chercheuse-clinicienne s'assure d'avoir reçu le consentement à la fois libre et éclairé des participitant·es pour l'enregistrement audio de l'entretien et l'exploitation des données personnelles et cliniques anonymisées. Afin de garantir les bonnes pratiques, il est proposé aux enquêté·es d'avoir accès à la rédaction de notre étude après la soutenance.

Pour les personnes mineur·es (comme nous l'avons précisé ci-avant), les parents ont été contactés afin de leur présenter notre recherche, de nous rendre disponible pour toutes questions sur la recherche, les modalités de l'interview et le consentement. Lorsque les parents ont donné leur aval, nous avons procédé de la même façon auprès des jeunes afin de leur proposer un échange en présentiel ou distanciel.

Au fil de l'avancement du recrutement, il nous a semblé important de laisser les modalités de la rencontre à la discrétion des participant·es car, outre la crise sanitaire qui a modifié la distance sociale, certain·es participant·es ont exprimé leurs réticences à un échange en présentiel ou en visioconférence, d'autres étaient en région. Plusieurs personnes ont souhaité un échange téléphonique sans y adjoindre l'image numérique. Un seul participant a refusé l'échange oral ; il s'est proposé de répondre à nos questions par écrit.

7.1.3 L'anonymat des participant·es

Les entretiens ont été enregistrés sous un pseudonyme connu de nous seule. Par ailleurs, les informations susceptibles d'identifier les participant·es ou l'entourage (lieux, noms propres, dates, éléments familiaux, professionnels de santé et du milieu associatif) ont été changées. Le prénom et le patronyme sont absents de tous les fichiers informatiques. Les formulaires de consentement ne sont pas transmis et

[159] Dans le cas de participant·es mineur·es, nous avons demandé le consentement écrit des parents. La lettre d'information a été systématiquement envoyée lors de notre appel initial. Se reporter à la charte *International Charter for Ethical Research Involving Children* ERIC-compendium-Charter-section-only.pdf.

sont gardés dans un lieu sécurisé. Par ailleurs, nous portons une attention toute particulière à la violation de confidentialité et de la sécurité des personnes étant entendu que certaines données passant pour anonymiser aux yeux de la chercheuse-clinicienne, puissent potentiellement ne pas l'être auprès de personnes vivant dans un village ou lorsque l'âge, l'origine ethnique ou tous autres détails cliniques (somatiques et/ou psychologiques ou séjours d'hospitalisation). Nous avons donc été attentive à changer toutes ces données quitte à introduire certaines incohérences de lieux et de chronologie.

7.1.4 Le consentement des professionnel·les

Les professionnels de la consultation Diversité de genres de la Salpêtrière ont donné leur accord pour être associé·es au recrutement (cf. Annexe 3). Certaines familles ont contacté la responsable de la consultation avant de nous rendre une réponse positive.

7.1.5 Les démarches à la Cnil

Le responsable légal du traitement de l'étude est le Professeur Philippe Gervay-Lambony qui occupe la fonction de Président de l'Université Paris-Nanterre. La gestion du recueil des données a obtenu une validation de la Déléguée à la protection des données du service des Affaires juridiques et institutionnelles de l'université. Nous nous sommes engagée à respecter les bonnes pratiques selon une méthodologie de référence pour les recherches qui encadre les traitements des données à caractère personnel à des fins d'études (MR-004) auprès de la Cnil.

De plus, nous respectons le règlement général sur la protection des données (RGPD) c'est-à-dire la référence juridique suivante : « la loi informatique et liberté n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée ». Cette formulation permet de prendre en compte toutes les modifications de cette loi, il faudrait donc supprimer la référence à la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 car la loi informatique et libertés a été modifiée de nombreuses fois depuis et notamment par le RGPD. » (cf. Annexe 3).

7.2 L’éthique du non-savoir

Par-delà l’échange du formulaire de consentements, nous avons tenté d’anticiper les éventuels effets d’inquiétude induits par le dépôt du témoignage des participant·es. La revue de littérature indique une vulnérabilité plus importante des jeunes transgenres que dans la population générale. Nous avons précisé en fin d’entretien que nous restions joignable (au téléphone ou par courriel).

Si le sujet de Lacan est celui de l’inconscient, s’il est « un effet de langage » (Ogilvie, 2005), il livre là une expérience de lui-même et des événements de vie par-delà le parcours de transition sociale, médicale et juridique. Nous rejoignons l’éthique de la psychanalyse dans le sens où la chercheuse-clinicienne ne sait pas ce qu’elle va trouver – fruit de la rencontre intersubjective créée par le cadre de la recherche.

Ainsi, nous inscrivons cette étude exploratoire qualitative dans une éthique de la reconnaissance du désir du sujet et du respect par l’autre social et politique, de la diversité de genre et de sexualité, et une éthique de l’égalité des droits humains et de la diversité des personnes. La nécessité épistémologique et clinique demeure le sujet. « Le sujet en effet devient une nécessité épistémologique et clinique, car la théorie, qui dialogue avec une réalité complexe, ne pense pas en soi-même, mais elle ne gagne de vie que dans les processus actifs de construction du sujet (Neubern, 2003).

Partie 3 – L'analyse des résultats

Pour mémoire, nous avons investigué dans la partie méthodologique les thèmes suivants auprès des participant·es : les débuts des questionnements au travers des vécus de la différence sociale et/ou l'inconfort corporel, l'annonce à la famille, le choix du prénom, le parcours hospitalier et/ou libéral, les liens avec les associations, et la stigmatisation dans la société. Ces thèmes ont été abordés de façon ajustée à chaque jeune, d'autres n'ont pas été discutés selon ce nous avons perçu depuis la conduite prudente et attentive des résistances des entretiens.

Nous avons repéré les unités de sens dans le discours de chaque jeune (unités de sens que nous traduisons dans le chapitre suivant : Les portraits individuels), puis recouper les thèmes. Le repérage des unités de sens, et de leur(s) récurrence(s), a été un appui méthodologique interprétatif nécessaire pour dégager les dimensions intrinsèques à notre sujet de recherche – nous donnons une représentation graphique des unités de sens en annexe (cf. Annexe 2).

Ainsi, les dimensions sont isolées de façon artificielle pour satisfaire la lisibilité de l'écriture des résultats de notre recherche. Nous insistons sur l'aspect dynamique des dimensions et sur leurs intrications, sur l'échos individuel, collectif et politique que ces dimensions produisent. C'est en ce sens que nous adaptons le cadre méthodologique, tel que le propose J.-A. Smith avec deux niveaux d'expériences. Un premier niveau élémentaire, qui correspond à la façon dont le monde externe est consciemment vécu, et un second complexe qui serait les pensées et les

sensations physiques. Notre analyse est suivi de la lecture contretransférentielle des entretiens pour mettre au jour ce que Devereux appelle l'irrationnel dans la recherche sur la sexualité (Devereux, 1967, p. 154)[161].

[161] Devereux, G., La Barre, W., & Benis-Sinaceur, H. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion. La citation exacte est : « Plus de trente sans de recherches et de travail clinique m'ont rendu conscient de ma propre irrationnalité quant à la sexualité, sans me rendre capable de la dominer intégralement ni d'en reconnaître toutes les manifestations et tous les subterfuges. », p. 154.

CHAPITRE 1 : PORTRAITS INDIVIDUELS

PORTRAIT n° 1 : MATTHIAS
PORTRAIT N° 2 : YANAËL
PORTRAIT N° 3 : ALBAN
PORTRAIT N° 4 : LAURENT
PORTRAIT N° 5 : VICTORUS
PORTRAIT N° 6 : RONAN
PORTRAIT N° 7 : CYPRIEN
PORTRAIT N° 8 : AGATHE
PORTRAIT N° 9 : ANAËL
PORTRAIT N° 10 : MADELIN
PORTRAIT N° 11 : RUBEN
PORTRAIT N° 12 : TRISTAN
PORTRAIT N° 13 : MATTHIEU
PORTRAIT N° 14 : JEAN

PORTRAIT N° 1 : MATTHIAS

Matthias est un garçon trans de vingt-et-un ans ; il se définit sous une identité de genre binaire. Il est actuellement étudiant dans une université. Il vit au domicile familial avec ses deux parents et sa sœur cadette ; il occupe un emploi à temps partiel dans un supermarché de proximité. L'environnement professionnel de sa mère (le médico-social) l'a aidé à identifier une consultation spécialisée dans la Diversité de genres. Il est reçu trois mois après la prise de rendez-vous à la Pitié-Salpêtrière.

Il débute une transition sociale en 2015, puis un traitement hormonal masculinisant un an après le premier rendez-vous, suite à la décision collégiale de l'équipe pluridisciplinaire. Le dispositif hospitalier lui a donné accès à un espace de parole qu'il a investi dès le début de sa prise en soins. Il y poursuit toujours une thérapie cinq ans plus tard. Sa transition sociale et juridique est terminée. Il a souhaité effectuer une chirurgie du torse il y a deux ans. Il réfléchit actuellement à une éventuelle phalloplastie, ainsi qu'à la préservation de fertilité.

Nous rencontrons Matthias dans le cadre du recrutement de la consultation Diversité de genres. Lorsque nous étions stagiaire en master 2 de psychopathologie (Paris VII), nous avons assisté à plusieurs entretiens pluridisciplinaires (pédopsychiatre et psychologue) avec Matthias et sa mère. A aucun moment de l'entretien il n'a été fait allusion à notre présence d'observatrice lors des entretiens médicaux, ni au fait que nous nous étions déjà croisé·es à la consultation. A sa demande l'entretien se déroule par téléphone sans l'usage de la visioconférence.

1.1 Le récit expérientiel[162]

Durant la petite enfance Matthias rapporte qu'il a évolué dans un environnement de garçons, et qu'il ne s'est posé aucune question sur son genre. Toutefois, il relève une différence entre les filles et les garçons qui le met à l'écart du groupe avec lequel il joue au foot. Les garçons étaient autorisés par l'entraîneur à participer aux matchs de compétition alors que lui ne l'était pas. Il pointe une certaine solitude ressentie en lien avec le sexe auquel il a été assigné à la naissance « j'étais toute seule ». Il repère que l'enjeu n'est pas le « match professionnel », mais plutôt une question d'expression de genre autour de l'activité sportive.

Quelques années après au collège, le questionnement autour de la transidentité se fait jour avec l'orientation sexuelle hétéronormée que lui renvoie ses camarades de classe « qui se mettaient en couple ». S'imaginer dans un couple hétérosexuel signe pour Matthias un impossible. Pour lui, ça ne peut pas être un choix : « je ne projetais pas de la même façon qu'elles [les filles de sa classe]… enfin non… je ne me voyais pas me mettre en couple avec un garçon ». La question de l'orientation sexuelle précède le questionnement sur le genre. A cette époque-là, il dit ne pas avoir entendu parler de transidentité. Se projeter dans des relations romantiques homosexuelles ne le satisfait guère, et le conduit à poursuivre ses recherches vers un autre savoir que la sexualité : « ça ne me correspondait pas non plus énormément alors du coup j'ai tapé sur Internet… ». Une combinaison de « mots-clés » lui permet d'identifier de nouvelles représentations de genre, et d'ouvrir ainsi un champ de possibles : « ah… il y a moyen que ce soit ça… et du coup j'ai réfléchi énormément de temps dessus… » pendant l'année de classe de première au lycée. Il met ainsi en série le questionnement sur le genre et les interrogations relatives à l'orientation sexuelle « ça m'est venu plutôt je ne sais pas instinctivement même je ne me suis pas posé vraiment la question de savoir avec un homme ou pas… ». Ce choix n'a pas changé. Matthias ajoute que dévoiler sa transidentité aux personnes qu'il côtoie « amicalement » au quotidien reviendrait à « créer un problème alors

[162] Dans tous les portraits nous avons donc été attentive à changer les données identifiantes, quitte à introduire certaines incohérences dans les lieux et la chronologie.

qu'il n'y en a pas ». Dans le cadre d'une relation intime, il précise que « la question doit être amenée à un moment mais dans un contexte simplement amical je pense qu'il n'y a pas forcément une utilité d'en parler… ». Il mentionne une relation amoureuse avec une jeune fille sans en dire davantage.

Aujourd'hui, il lui semble délicat « d'interagir » avec ses amis masculins en raison de la divergence d'expérience de vie pendant l'enfance, et, peut-être d'un vécu passé qui n'est pas partagé avec ses pairs : « moi ça me… je ne sais pas… ça me bloque enfin je ne sais pas… je me dis… oui quand même je ne peux parler de ça avec eux alors que moi aussi j'ai vécu des choses mais pas de la même façon… ».

Un des premiers changements physiques qu'il a souhaités a été de se couper les cheveux courts, – une demande qu'il adresse à sa mère. Cette dernière « n'était pas trop trop d'accord… ». Son désir de masculinisation se précise au fil des mois de sa vie de collégien : « moi je voulais toujours de plus en plus court et ma mère ne voulait pas… elle disait… oh non non non non tu ne coupes pas plus court… ». Il qualifie son affirmation ainsi : « j'étais sûr que c'était ce que je voulais être ça ». Il rapporte le soutien et la compréhension de ces derniers, et revient sur son propos en précisant qu'avant l'annonce il avait demandé à sa mère « si ça lui poserait un problème » s'il achetait des vêtements au rayon garçon plutôt qu'au rayon fille. Dans un premier temps, il a porté des vêtements masculins dans le cercle familial ; « si c'est pour traîner à la maison ce n'est pas grave… » a dit sa mère.

1.1.1 L'annonce

Matthias passe par l'écrit pour annoncer sa transidentité aux parents « parce qu'à l'oral je n'arrivais pas à trouver le bon moment pour leur dire… ». Le père de Matthias en informe lui-même sa propre mère. Matthias rapporte un lien fort avec sa grand-mère paternelle : « je passe cinquante pour cent chez moi et cinquante pour cent chez ma grand-mère quasiment donc elle l'a su aussi rapidement ». La curiosité de sa grand-mère a ouvert un espace de dialogue, et le souhait d'en savoir davantage pour son petit-fils : « au début elle ne comprenait pas trop ce que ça impliquait… » ; « elle m'a posé aussi ses questions on a beaucoup discuté tout ça et elle était très compréhensive et ça s'est très bien passé… ». « Elle a dit tant que j'étais heureux

c'était le principal et que le reste en gros elle s'en fichait quoi… que c'était secondaire… ».

Le changement du prénom « a commencé à se mettre en place » six mois après la première consultation avec la pédopsychiatre de la consultation spécialisée de la Salpêtrière. Matthias précise que cet intervalle de temps a surtout été nécessaire à ses parents pour qu'ils « assimilent » sa démarche, parce que lui, avait déjà cheminé. Autrement dit, pour qu'ils intègrent le fait « que c'était vraiment quelque chose de concret et que ce n'était pas juste une phase et puis ça n'allait pas passer entre guillemets… ». Ils en ont eux-mêmes parlé à leur cercle amical et social. Pour le choix du prénom masculin, Matthias souhaite avoir l'avis de ses deux parents, et choisir en concertation avec eux : « ils m'ont dit que c'était ma décision donc que c'était à moi de choisir… enfin… ». Matthias a vécu ce choix comme « une grosse pression » ; trouver un prénom qui allait lui plaire (à lui) a pris du temps. Il a fini par élaborer une liste de trois prénoms qui a servi de base de discussion avec ses parents et sa tante (la sœur du père) dont il est proche « du coup… ma mère et elle elle était d'accord sur le même prénom et mon père était d'accord sur l'autre donc… à la majorité j'ai pris Matthias… ».

1.1.2 Les changements physiques

Sur la question de la chirurgie de la poitrine, le regard des autres ne lui pèse pas trop : « je ne sais pas en fait sur cette question-là… j'ai l'impression que je l'ai plus pris sur un point de vue individuel… je ne me suis pas trop soucié des autres… ». Il évoque le bénéfice du soulagement corporel de ne plus avoir à porter de *binder* l'été (soutien-gorge compressif), de se sentir libre de pratiquer du sport et de se changer dans les vestiaires avec ses camarades. Le bénéfice de la construction d'un torse masculin est cependant pris dans le regard social : « le point de vue des autres… qu'on enlève notre T-shirt normalement... ça ne pose pas de questions aux autres aussi… ».

Au sujet des opérations génitales, Matthias évoque les éventuels regrets qu'il pourrait ressentir s'il faisait une phalloplastie en l'état actuel des connaissances chirurgicales. Il aborde spontanément la préservation de gamètes dont il a pu

discuter en thérapie avec le psychologue clinicien. Il livre avoir envisagé l'hystérectomie suite à des problèmes gynécologiques liés à son traitement progestatif (pour suspendre les règles). L'arrêt nécessaire, du traitement le temps de la préservation de fertilité, lui paraît délicat : « trouver la bonne dose pour mes injections c'était compliqué de la caler tout ça… là ça commence à être stable… ». Il pense ainsi fonder une famille « de façon à ce que ce soit moi enfin… comment on dit… mes gènes et les gènes de la personne avec qui je suis… en fonction des évolutions par rapport à ça… donc ça va aussi jouer sur ce point-là et puis voilà c'est déjà bien… ».

1.2 Les éléments de discursivité

Matthias commence à parler après l'amorce d'une question ouverte, qui l'invite à situer le début de son questionnement d'identité de genre. Il répond de façon lapidaire, dans un souffle court, par l'affirmative « oui » à une demande d'informations sur la temporalité de sa trajectoire. Cela induit une reprise de la question dans l'entretien pour étayer sa parole. Il poursuit par une réponse longue et fournie où on relève plusieurs occurrences qui dévoilent l'incompréhension de son questionnement dans la petite enfance « je ne sais pas trop… », « je ne comprenais pas… ». Il évite ainsi de situer son questionnement au profit de la perplexité et la position d'exclusion dans laquelle il s'est trouvé dans la petite enfance pendant les jeux sportifs, puis à l'adolescence, au moment des premières relations romantiques. Il parle à la première personne en insistant sur son incompréhension de la situation face à la différence qu'il a traversée sur une scène psychique, au-delà des circonstances de l'équipe de foot ou des relations hétéronormées. Il a perçu une singularité qu'il va verbaliser. Il nous faudra proposer une troisième relance pour l'inciter à préciser la temporalité du début de questionnement auquel il répondra « oui je crois [que c'était vers la quatrième] ».

1.2.1 Les temps de l'entretien

Après un premier mouvement inaugural qui constitue l'accordage entre Matthias et nous, ses réponses sont plus brèves et gravitent autour de l'annonce, de l'adressage, et de son souhait de transition. La prise de rendez-vous avec une professionnelle de la Pitié-Salpêtrière est traduite par un « on » inclusif qui mettent Matthias et sa mère dans un espace conjoint pour la recherche et l'attente du premier rendez-vous.

Il utilise à de nombreuses reprises « voilà c'est ça… » pour répondre à nos questions. On entend une valeur confirmative forte avec une marque non dissimulée d'intégration des informations que nous cherchons à récolter (début du questionnement, annonce aux parents, usage des habits masculins, place de sa grand-mère maternelle et de sa tante, choix du prénom). L'adverbe « voilà » est l'impératif du verbe « voir ». Son emploi déictique « là » (ici) a une valeur de monstration. Le « voilà » fonctionne dans son discours comme une unité autonome qui structure la conversation, en plus d'apporter une valeur sémantique de pointage rétroactive qui articule l'introduction de son questionnement et son affirmation présente.

La pulsionnalité de la voix dans l'enregistrement fait clairement ressortir cette valeur de confirmation/validation. A la manière d'un trait d'union entre la reprise sémantique de notre question et sa proposition d'énonciation, il égraine les spécificités de son parcours au fil de l'entretien.

Les verbes qui ponctuent ces deux premiers mouvements de l'entretien appartiennent au champ lexical de la croyance, du savoir, et de penser (croire, savoir, réfléchir). Ces verbes ont une valeur évidentielle ; l'information qu'il livre sur le début du questionnement et le choix de son prénom est obtenue de façon indirecte. Le rythme de la voix permet de saisir qu'il ne transmet pas la description d'un état de choses qu'il a ressenti sur le moment, mais plutôt dans l'après-coup. Peut-être est-ce une manière de modaliser son discours, en y mettant une distance, même si la base de son énonciation est une croyance. Il se tient ainsi à distance d'une temporalité que nous cherchons à lui faire objectiver.

Un second mouvement se fait jour après la fin du récit linéaire du parcours : le questionnement, l'annonce aux parents et à la grand-mère, l'usage quotidien des

vêtements masculins et le choix du prénom. Au moment où il rapporte que le regard social s'est mis en sourdine « quand je suis arrivé dans mon école il n'y avait plus de questions qui se posaient ou quoi que ce soit… », il introduit un nouveau signifiant : « suspicion ». Il le reprend plusieurs fois. La transition sociale et hormonale permet d'abaisser le seuil de « la peur d'être reconnu ». Il agrège des adjectifs qualificatifs et des unités de sens qui quantifient cette détresse : « infime », « un pour cent », « faible », « probabilité ». C'est ainsi que la transition lui permet « d'être plus épanoui », « de repartir de zéro ».

1.2.2 La position subjective

Matthias parle de son inscription subjective avec l'entrée à l'université en 2016 sous son prénom masculin : « c'était plus pratique au moins il n'y avait pas besoin d'expliquer à tout le monde aux profs aux élèves ». Cela semble le mettre à l'abri « des ragots et des rumeurs », qu'il redoute tant. La suspicion se loge dans la crainte d'être reconnu dans le sexe qui lui a été assigné à la naissance : « il y avait quasiment un pour cent de chance que je croise quelqu'un que je connaisse quoi… ». L'anonymat de l'université vient toutefois tamponner ses inquiétudes. Cette crainte reste à bas bruit : « j'ai peur de la remarque au sens où qu'on m'appelle par mon ancien prénom alors que je suis dans un endroit où tout le monde me connaît par le nouveau… ». Un processus de rationalisation statistique lui permet de se tenir éloigné psychiquement de cette situation anxiogène : « le fait d'être sur Versailles… c'était rassurant de se dire oui… ma probabilité que je croise quelqu'un que je connaisse elle est vraiment… c'est plus serein ».

Cette suspicion infiltre son choix de réorientation universitaire ; rester dans la même université implique faire face aux anciens camarades du collège et du lycée de secteur. Il projette de s'établir, après des études, dans une ville éloignée de la commune où il habite. Il livre une représentation spatio-temporelle clivée, voire étanche, avec le « monde d'avant (…) où il était une fille » et de celui d'aujourd'hui.

Il a été une seule fois confronté à ce qu'il appelle « une rumeur » sur son lieu de travail étudiant où un employé lui pose la question de savoir s'il est transgenre.

Matthias lui répond en lui retournant la question : « et toi… tu en penses quoi ? », et ajoute qu'il ne s'est pas positionné : « je n'ai pas démenti mais je n'ai pas acquiescé ». Il décrit ses vécus de « panique » et de « stress » en lien avec le regard des ses pairs dans la vie sociale « c'est plus compliqué dans le cadre où c'est mélangé… en fait des personnes qui me connaissent d'avant et des personnes qui me connaissent maintenant du coup… ». Le passé semble interférer avec le présent et avoir un effet traumatique avec les personnes qui le connaissaient sous une identité féminine « je peux me trahir tout seul mais en fait pas du tout il n'y a pas... enfin ça ne fait même pas partie des questions potentiellement qu'ils pourraient se poser quoi… ». La crainte du dévoilement semble internalisée bien que, selon ses dires, son apparence physique ne présente aucune équivoque. Son propre regard et le regard de l'autre social semblent intriqués dans une vigilance interne permanente.

Dans un troisième et dernier mouvement de l'entretien, Matthias livre plusieurs situations de vulnérabilité (après avoir déposé ses affects de peur, crainte et suspicion). Son embauche dans un supermarché de quartier pour un travail d'étudiant « donc on se retrouve un peu le bec dans l'eau alors qu'il n'y a pas de raison valable entre guillemets si ce n'est qu'il y a une transition papier et que c'est compliqué après… », la fouille de ses bagages alors que ses papiers d'identité ont été réédités « mais la question s'est posée de savoir pourquoi j'avais une prothèse dans ma valise et quand la valise passe au rayon x le regard bizarre du… je ne sais pas comment ça s'appelle le vigile ou je ne sais pas… le contrôleur… ». Il aborde aussi la complexité des rendez-vous médicaux, l'indiscrétion, voire le manque de respect de certaines personnes. Un échographe a parlé de lui devant l'équipe médicale ainsi : « ah oui… mais c'est le trans ou un truc comme ça… ». Au Crous, le personnel administratif soutient qu'on ne peut pas demander une bourse universitaire sous une identité masculine quand on est assigné de sexe féminin à la naissance.

En termes d'acceptation sociétale et de lutte contre la discrimination, Matthias soutient que comprendre la transidentité passe par une meilleure définition sémantique des termes associés à l'identité de genre et à la sexualité afin « qu'il n'y

ait pas un amalgame ». Il distingue clairement la transidentité de la non-binarité, et pense « qu'à l'heure actuelle les deux sont souvent assimilées alors que ce sont deux choses différentes ». Il fait un parallèle avec l'homosexualité : « ça veut dire que c'est quand même deux choses différentes c'est comme ceux d'hier on est homosexuel ou bisexuel enfin ce n'est pas la même chose et je pense qu'à partir du moment où on arrivera à faire la distinction ce serait plus compris et peut-être plus simple... ». Matthias remarque qu'aujourd'hui le sujet des transidentités a une visibilité supérieure dans les médias par rapport au moment où il a commencé son traitement « c'était souvent déformé mal dit que là c'est un sujet sur lequel on porte plus d'attention et ou on explique mieux les choses et tout ça donc oui c'est mieux fait et je pense que c'est plus sensibilisant d'en parler vraiment correctement que d'en parler juste en disant transidentité sans expliquer ce que ça engage derrière et tout ça même dans les films… on voit de plus en plus de films concernant la transidentité… des séries tout ça et je trouve que c'est quand même une bonne avancée pour promouvoir la transidentité… » [il y a 5 ans].

Malgré un passing qu'il trouve satisfaisant, le risque imaginaire d'être découvert prévaut. S'ouvrir de sa transidentité auprès de ses pairs met à nu son affirmation de genre, qui ne semble pas complètement consolidée par les changements sociaux, corporels et juridiques. Il exprime une vulnérabilité internalisée creusée par le regard de l'autre : « je peux me trahir tout seul mais en fait pas du tout… ». Jusqu'à la fin de l'entretien, il amorce ses réponses par « oui c'est ça » pour exprimer son ressenti et s'ouvrir du travail qu'il effectue en psychothérapie. Il appuie son énonciation sur la figure du thérapeute en se fondant dans un « on » inclusif.

Au final, la question qu'il explore au moment de l'entretien est celle de sa position subjective dans son groupe de pairs. On y entend la question de l'identification masculine commune à ses pairs qui comportent pour lui un frein puisqu'il a vécu son enfance dans le genre féminin. Matthias formule : « j'étais sûr que c'était ce que je voulais être ça ».

PORTRAIT N° 2 : YANAËL

Yanaël est un garçon trans de vingt-deux ans ; il se définit dans une identité de genre binaire. A dix-huit ans, il quitte le domicile familial et ses deux demi-frères pour une grande ville en région où il commence une licence de sociologie. Il ne valide pas la troisième année. Pendant un an, il entreprend une garantie jeune[163] pour compléter son parcours académique. Il souhaite passer un concours pour intégrer une formation de moniteur-éducateur pour jeunes enfants l'an prochain.

Yanaël a effectué une démarche auprès d'un médecin de ville pour obtenir une prescription hormonale. Il justifie le choix de ce parcours libéral par la rapidité de la prise de rendez-vous – sans devoir aller chez un endocrinologue. Le médecin généraliste lui a demandé de consulter un psychiatre. La transition sociale et juridique est effectuée. Il prend actuellement un traitement hormonal masculinisant depuis quatre ans et réfléchit à la chirurgie « sans trop savoir s'il va le faire ».

Nous rencontrons Yanaël en visioconférence dans le cadre du recrutement sur les réseaux sociaux.

2.1 Le récit expérientiel

L'analyse de l'entretien permet de distinguer deux temps dans son questionnement, qu'il aborde dans un ordre antéchronologique. Un premier temps à l'âge de dix-neuf ans qu'il qualifie de « vrai… vrai… vrai questionnement… » ; et un second temps : « il y a eu des débuts de questionnement pendant le collège où je me disais

[163] La garantie jeunes permet d'accompagner les jeunes entre 16 et 25 ans en situation de grande précarité vers l'emploi ou la formation. Pour la mettre en œuvre, un contrat est signé entre le jeune et la mission locale. Ce dispositif s'accompagne d'une aide financière.
Source : https://www.service-public.fr.

beaucoup plus que les autres que de tenter quelque chose… un peu de l'autre genre… un peu de... ».

Le premier temps serait celui de la rencontre avec les pairs trans : « j'ai rencontré des personnes trans et… où j'ai pu parler de tout ça et réaliser qu'il y avait beaucoup de similitudes ». Ces rencontres lui ouvrent un champ des possibles en dehors de ce qu'il se représente être un parcours typique : « c'était tout à fait possible d'être une personne trans et de ne pas avoir eu le parcours très... très binaire en fait… ». Il souligne la rencontre avec ses pairs comme un point de bascule : « le déclic s'est fait à ce moment-là ». Un possible semble donc s'ouvrir pour ce jeune : « je me disais beaucoup plus que les autres que de tenter quelque chose, un peu de l'autre genre… un peu de… ». Dans un second temps, contemporain de la puberté physiologique, il ne s'autoperçoit pas comme trans ; sa représentation de la transidentité correspond à représentation binaire où on est soit féminin, soit masculin.

L'orientation sexuelle se superpose au questionnement sur la transition. Elle est le point d'entrée de ses interrogations liées à sa position de sujet, et c'est donc ce qui a ouvert son repérage interne d'une différence. Yanaël souligne que l'intérêt sexuel qu'il porte à ses partenaires varie en fonction des rencontres ; son orientation est bisexuelle « et c'est quand j'ai parlé justement avec des amis trans qui m'ont dit non… ce n'est pas forcément être bi… en fait… c'est qu'il y a autre chose et donc… c'est vrai que c'est la sexualité qui a ouvert un peu plus le questionnement du… je ne me sens pas pareil ».

2.1.1 Surjouer sa féminisation

L'intervalle, qui se situe entre le début des premiers changements physiologiques et l'identification trans, emprunte le chemin d'une survalorisation féminine et sexualisée qui compense un manque de popularité ressenti au lycée. La captation par l'image, celle de la séduction semble répondre à la demande d'être reconnu sur le devant de la scène sociale : « je voulais séduire, je voulais qu'on m'apprécie... c'est compliqué, comme je n'étais dans les personnes populaires… j'étais beaucoup mis à part… beaucoup jugé ». L'image qu'il soutient avec ses attributs sexuels

secondaires (les seins) « j'ai vraiment joué à fond… on va dire… mon rôle de femme… ou vraiment à cent pour cent je voulais mettre en avant ma poitrine » se confond avec ce qu'il nomme son rôle de femme. Il ajoute : « je voulais vraiment que l'on m'apprécie… puisque c'est que dans les médias l'image de la femme… c'est une image séduisante… tout ça tout ça… ». Le champ lexical utilisé souligne une volonté délibérée de séduire : « j'ai vraiment joué à fond » un réel surinvestissement érotique de l'identité sexuée « j'ai beaucoup poussé ma féminité au maximum pendant la période de ma puberté ». L'entrée à l'université l'amène à déménager : « je suis arrivé dans une ville beaucoup plus ouverte que Calais… avec des gens qui étaient déjà trans… ou qui étaient en questionnement ou de la communauté LGBTI trans tout simplement… ». Il ponctue l'acceptation et la tolérance relative à la diversité des expressions de genre avec l'utilisation du pronom possessif « je faisais vraiment *ma* vie là-bas ». Il a ainsi pu s'identifier à d'autres personnes concernées, ouvrir plusieurs hypothèses et projections de transition : « et si je me présentais avec un prénom masculin… et si je me sentais mieux en tant que patati patata… ».

2.1.2 Le choix du prénom

Avant de commenter son identification au nouveau prénom masculin, Yanaël précise la position de ses parents par rapport à ce choix. Il les distingue en tant qu'être sexué avec la position qu'il et elle prennent dans l'annonce de sa transidentité : « mon père… c'est vrai… lui… il s'en foutait un peu… ce n'était pas… enfin… pour lui… ce n'était pas très… très important… ». Pour sa mère, il en va autrement : « elle a fait un gros blocage en fait à ce moment-là… ou… sans me rejeter ou quoi… pour elle… ce n'était qu'une phase… ce n'était qu'une lubie… et elle ne voulait pas participer à ça… donc… du coup… je n'ai pas eu son choix à elle ». Ceci invite Yanaël à ajouter dans la phrase qui suit qu'il a été obligé de pallier l'absence de la voix de sa mère en faisant lui-même une liste « du coup… je n'ai pas eu son choix à elle et en fait ce que j'ai fait « c'est que j'ai fait une liste », et, en occupant la place de la personne qui nomme (et qui est nommée en retour) à l'aide des petits autres de son entourage « je demandais à mes amis… je disais… est-ce que celui-là ça irait bien à prononcer… ». La symbolisation passe par la

musicalité et par la recherche d'une congruence sonore. Yanaël souligne l'articulation entre son prénom choisi et son patronyme : « c'est un prénom court… d'origine hébraïque mais je n'ai pas choisi par rapport à ça... oui… oui… non… c'est... du coup… vu que c'est des prénoms courts oui… ça reste comme ça… et puis j'ai un nom de famille long… donc c'est vrai que c'était pour moi plus logique d'avoir un prénom court… et puis j'ai toujours eu un prénom court… ».

Le choix du prénom est soumis à l'approbation et au soutien du regard d'un·e tiers·ce (ami·e ou famille) « j'ai listé les prénoms qui me plaisaient… et je me disais… oui celui-là peut-être trop truc… peut-être trop truc… je demandais à mes amis… je disais… est-ce que celui-là ça irait bien à prononcer… ». Le choix qu'il effectue tient compte de la réserve des parents « au cas où… vu que je voyais ma famille dubitative ». Ainsi, il s'arrange du doute qu'expriment ses parents en ne tranchant pas en faveur d'un prénom porteur d'une valence masculine ou féminine « je suis resté finalement sur mon prénom… parce que je voulais rester sur un prénom qui soit un peu mixte… un peu épicène… je me disais bon au cas où… on va rester sur quelque chose d'assez mixte… et du coup… c'est tombé sur Yanaël… ». Une dimension aléatoire semble faire tiers dans le choix du prénom « c'est tombé sur… ».

Yanaël se montre divisé à propos de sa nouvelle nomination : « il faut apprivoiser son nouveau prénom… et arriver à s'identifier » ; « je me disais… est-ce que c'est vraiment une bonne chose… est-ce que... ? par rapport à ma famille qui a du mal avec ça… je me sentais un peu coupable d'avoir fait ce changement, et de me dire : est-ce que je vais regretter ? voilà… est-ce que c'est une bonne idée… ». Il revient sur l'échelle de temps qui a été nécessaire pour faire sien son prénom qu'il articule à un avant et un après « et ça a pris un bon moment je pense… ça a pris au moins six sept mois pour vraiment que j'arrive à me sentir mieux et maintenant… il n'y a plus de problème… ma mère y arrive beaucoup mieux… maintenant… ça va beaucoup mieux quoi… mais… oui oui… ça a pris un peu de temps… ».

2.1.3 L'aide d'une personne tierce

L'acceptation au sein de la famille a été facilitée par la présence d'un proche de la mère « en fait c'est venu tout bêtement… j'ai un oncle qui est venu et qui m'a appelé Yanaël et ma mère m'a dit "ha… ça pour moi… ça passe bien"… et du coup à partir de là elle m'appelle Yanaël donc oui… oui… maintenant… il n'y a pas de problème… ». Sa mère a eu besoin de plusieurs mois pour accepter le changement et prendre la mesure de son « choix définitif auprès de mes frères… puisqu'elle s'est remariée et elle a eu deux enfants… auprès de mes frères… elle m'appelle avec mon nouveau prénom… mes frères aussi… oui oui elle a beaucoup avancé… mais comme je me disais… c'est… voilà… pour elle au début… elle ne comprenait pas… c'était un peu une lubie… et je me disais avec le temps… quand elle va voir que je me sens bien… et que je continue là-dedans… ça se passera mieux… quoi… et effectivement… c'est ce qui s'est passé… avec le temps… ça se passe beaucoup mieux… ».

Il commente la prise d'hormones en s'ouvrant des doutes et de la détermination qu'il a traversés : « c'est vrai que j'ai douté… à chaque fois qu'il fallait faire une étape ». Il précise ce qu'il entend par les doutes « pour prendre des hormones… pour faire le changement de ci… le changement de ça… ». Yanaël repère un point de bascule logique dans son cheminement intérieur « je pense qu'à partir du moment où la question elle vient en tête… et qu'elle est très très très présente… c'est qu'il y a un besoin derrière… c'est qu'il y a quelque chose quoi… ». Concernant la prise d'hormones, Yanaël précise qu'en début de son parcours il souhaitait s'affirmer uniquement socialement.

La dimension imaginaire, voir les autres en transition (masculinisante), lui a permis de se projeter et d'avoir une fenêtre sur les changements physiques possibles des jeunes adultes qu'ils côtoient « donc on voyait… on pouvait voir… sur les gens les différents changements qu'il y avait… les gens discutaient de leur parcours… » ; « ça m'a aidé… oui… de voir des gens directement de voir l'évolution sur ces personnes pour me rassurer quoi ». Il s'appuie sur la position des autres « à force de voir des gens comme ça qui se sentaient bien… de voir d'un mois à l'autre

l'évolution, de voir comment ça se passait réellement… en fait… je me suis dit que c'était quelque chose que finalement j'avais envie d'avoir… ».

La demande de masculinisation est seconde dans sa démarche. Elle agite une peur de ne plus se re-connaître devant le miroir « comme ça faisait quand même des années que j'avais la même personne devant le miroir… j'avais peur de me dire… j'ai envie que ça change… mais est-ce que ça va me plaire en fait… est-ce que ce changement-là… je vais l'accepter… et une fois qu'il arrive… il faut faire avec quoi… c'est... donc c'est vrai que c'était un peu l'idée… je veux que ça change… mais est-ce que ça va changer de la bonne manière… est-ce que ça va changer d'une manière qui me convienne vraiment quoi… ».

2.1.4 Muer jeune adulte

Yanaël trouve un bénéfice à débuter le traitement masculinisant jeune adulte plutôt qu'adolescent : « je trouve que c'est plus simple de muer à vingt ans que de muer à quatorze ans ». Il associe l'inconfort d'être vu et considéré par les autres comme une femme à une souffrance liée au réel de son corps sexué : « à partir du moment où j'ai compris que j'étais trans c'est plus tout ce qui va être social qui m'affectait quoi le fait que les gens me voient comme une femme ou me parlent comme une femme ça… ça m'affectait et ça me blessait... mais après… le reflet de mon corps… non… pas tellement ». L'absence de dysphorie liée à son corps, ou à ses organes génitaux, lui permet d'avoir une position d'attente plus tranquille par rapport aux hormones. Il ajoute : « et comme je n'avais pas énormément de dysphorie… je me disais… voilà… je préfère attendre plutôt que faire quelque chose qui pourrait mal se passer ». Yanaël espère fortement un changement au niveau de la voix : « c'est le changement qui m'a le plus plu ».

Il livre ses interrogations concernant la perspective d'une torsoplastie, et plus particulièrement l'ajustement imaginaire entre le regard des autres et la perception interne de son identité au début de sa transition « c'était assez compliqué vis-à-vis des autres… parce que je me disais… maintenant que je sais que je suis comme ça… je n'ai plus envie que l'on me voie autrement en fait ». Un sentiment de mal-être persiste cependant « je me disais les gens… ils doivent le voir… ils savent…

et donc… j'avais envie de faire retirer… parce que je me disais… c'est comme ça que l'on va vraiment me voir… comme la personne que je suis ». Après plusieurs mois de réflexion, Yanaël ne souhaite pas avoir recours à la chirurgie pour l'opération de la poitrine « j'ai réussi à accepter cette partie-là… et pour moi c'est vrai… il n'y a pas de problème là-dessus… ». Pour lui, « c'était possible d'avoir une poitrine et d'être un homme », « c'était possible d'avoir une poitrine et d'être un homme… que si je n'en avais pas vraiment envie… ce n'était pas obligatoire en fait… et du coup… je me suis retiré de cette idée… et pour moi… il n'y a pas de problème », « j'ai réussi à accepter cette partie-là… et pour moi… c'est vrai… il n'y a pas de problème là-dessus ».

Quant à la chirurgie génitale, il ne ressent pas d'urgence ; cette partie du corps est moins exposée au regard des autres « comme c'est quelque chose qui est un peu plus caché, c'est moins pressant en fait comme idée mais j'y réfléchi… je ne me pose la question… je ne sais pas trop ».

2.1.5 Être accepté par sa famille et la société

L'annonce à la famille « qui l'a toujours soutenu » vient plus tard. Cette déclaration reste teintée d'une peur du rejet « que ma famille pense que… que j'ai envie de faire une cassure avec… que je renie le prénom qu'ils m'avaient donné… j'avais peur en faire que ce soit mal pris à ce niveau-là quoi… ». Il amène lui-même l'identification à son prénom de naissance et la crainte de décevoir les parents. Il l'exprime avec deux adverbes de quantité (le plus et le moins) à propos du changement de prénom de naissance : « moi ce qui m'importait *le plus* vraiment ce que j'ai *le moins* regretté… c'était le changement de prénom puisque malgré tout… ». L'identification au prénom choisi par ses parents n'a jamais eu lieu : « je ne m'étais jamais identifié à mon prénom de base… ». Il s'inclut dans une dialectique qui le noue aux autres (moi et eux) « alors… c'est vrai que moi… dans mon optique… j'avais envie de le choisir avec mes parents… je me suis dit voilà… ils m'ont choisi mon premier prénom… ». Il pose les effets du changement de prénom par rapport aux vœux parentaux qui ont été faits à sa naissance. Cette demande, qu'il adresse à ses parents, semble amortir la peur du rejet, voire d'être

« renier », peut-être dans une angoisse projective « j'ai envie de choisir avec eux… pour ne pas qu'ils se sentent justement mis de côté… qu'ils comprennent que voilà… ce n'est pas contre eux… je veux aussi le choisir avec… ». Il établit une distinction entre la place qu'il occupe depuis son affirmation trans et l'acception sociétale de la différence. Il termine son propos en s'appuyant sur la génétique « personne n'est binaire en fait... mais les gens ont tellement été éduqués dans certains codes et… que pour eux… c'est évident que si… c'est binaire… et donc c'est vrai que commencer à apporter aux gens que non… on peut être un homme et porter une robe, on peut être une femme et avoir des poils aux jambes… c'est encore compliqué… mais c'est tout à fait… c'est tout à fait possible… et ça ne devrait pas être un problème… en fait… je peux travailler pareil, dans un métier, si j'ai de la moustache ou si je n'en ai pas. Si j'ai un pénis ou si je n'en ai pas… l'ADN… elle n'a jamais dit ça, donc... ».

Au fil de l'entretien, il poursuit sur les stéréotypes sociétaux masculins et féminins, et sur les représentations liées à la binarité « on m'a considéré comme fille… même si je suis dans la non-binarité… je me considère quand même trans… parce que j'ai changé de ce stade-là… mais après… je comprends qu'il y ait des personnes non-binaires… qui ne se considèrent pas trans… je peux comprendre… ». Il rapporte que le regard social accuse la différence, voire l'écart entre l'apparence et les stéréotypes, et que cette violence le ravale au rang de la Chose (Lacan & Miller, 2019, Leçons du 9 et du 16 décembre 1959), à une entité échappant à l'homme, une choséité (*Das Ding*). « qu'est-ce que c'est… » s'entendra t-il dire à son sujet. Il livre avoir plusieurs fois fait l'objet de regards inquisiteurs et de questions déplacées en ville où des passants ont adressé à la cantonade « mais c'est une fille ou un garçon… ? ».

Il appuie sa représentation de la transidentité sur la visibilité médiatique et sur l'identification aux semblables. Pour être trans « vraiment à cent pour cent », il faut correspondre avoir éprouvé un début d'incongruence de genre dans la petite enfance. Selon Yanaël, son parcours : « c'est changer de… ce que l'on était de base ».

2.2 Les éléments de discursivité

Yanaël se saisit, en tout début d'entretien, de notre proposition de parler pour situer son parcours d'affirmation ; il se réfère au début du traitement masculinisant (deux ans avant l'entretien). Il accompagne cet élément déictique d'une interjection qui marque l'écart entre le moment de l'interview (*hic et nunc*) et le temps écoulé depuis la première prise d'hormones masculinisantes « ola… j'ai commencé il y a deux ans… ».

La pulsionnalité de sa voix traduit un étonnement franc. Il s'ancre dans la situation d'énonciation avec des énoncés conjugués au passé pour décrire son affirmation hormonale comme un état accompli.

2.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[164]

Si la mise à plat de la trajectoire d'affirmation permet de distinguer deux temps distincts de questionnement, il est moins aisé de dégager des temps logiques dans l'entretien à la réécoute de l'audio. Yanaël ouvre l'entretien avec un adverbe d'énonciation « normalement c'était en janvier », qui véhicule une vérité sur son dire. Seront ensuite mis en série, dans une énonciation opératoire, les différentes étapes d'affirmation (volets social et juridique). L'articulation de ses propos est assurée par la particule de coordination « donc », utilisée ici pour rendre compte d'une logique d'une étape à une autre du parcours et faire un lien entre les différents changements effectués. La dernière phrase du premier ensemble d'énoncés de l'entretien est une validation rétrospective des différents volets de la transition « donc ça c'est bon… » (social, médical, juridique).

Après différents recueils d'informations sur les volets de son parcours, et sur l'appréciation de la souffrance du corps, Yanaël amorce ses réponses par une confirmation de la pertinence d'une vérité « alors c'est vrai que moi… ». Ainsi, peut-on se demander quel rôle argumentatif dialogique jouent les syntagmes prépositionnels. Portent-ils la confirmation de l'énonciation de la chercheuse ? Ils

[164] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie à dessein car l'analyse de l'entretien ne permet pas de les distinguer ici.

viennent manifestement confirmer en début de phrase un dire que nous avons formulé de façon interrogative. Nous l'entendons dans l'après-coup de l'analyse des résultats comme une mise en évidence de la responsabilité et de la prise en charge du sujet. Yanaël pose les différents points du parcours comme un incontestable « il est vrai que ».

Un dernier temps de l'entretien s'esquisse depuis le glissement sémantique du parcours d'affirmation, au regard social et à l'ostracisme. Yanaël s'ouvre du harcèlement scolaire qu'il a subi dans une énonciation brève et discontinue « oui… non… non après... collège… lycée… ». L'évocation de cette stigmatisation douloureuse est associée à une question dont il se saisit lorsque je lui demande s'il souhaite évoquer d'autres points dans l'entretien. A son tour, il nous interroge sur notre éventuelle affiliation à la SoFect (cf. Partie 1, chapitre 1, 1.3 L'incongruence de genre) cherchant à savoir si la recherche est en lien avec cette société savante – très critiquée par les personnes concernées.

Après notre réponse, qui précise notre position de clinicienne-chercheuse et la position de la consultation hospitalière, il clôt l'entretien par « c'est long mais ça bouge ».

PORTRAIT N° 3 : ALBAN

Alban est un jeune adulte trans de vingt-et-un ans ; il exprime une identité de genre non-binaire. Il est étudiant en troisième année de Sciences de l'éducation et ambitionne de poursuivre en master pour devenir professeur des écoles… Ses parents sont enseignants ; sa sœur ainée termine un master de Sciences politiques. Du CP à la terminale, il a été scolarisé dans un établissement privé non-mixte. Sa transition sociale et chirurgicale est terminée. Il vient de se faire récemment opérer d'une torsoplastie avec des complications post-opératoires infectieuses douloureuses. Il prend un traitement hormonal masculinisant depuis trois ans. Alban ne souhaite pas effectuer de changement de mention du sexe à l'état civil.

Nous le rencontrons dans le cadre du recrutement sur un groupe de discussion des réseaux sociaux. L'entretien se déroule par téléphone.

3.1 Le récit expérientiel

Alban précise d'emblée que ce qui l'a orienté vers un parcours libéral plutôt qu'hospitalier, ce sont les récits et l'expérience de jeunes trans qu'il a entendus sur les réseaux sociaux. Il évoque la crainte d'un refus du traitement hormonal en raison de son orientation sexuelle ou de questions sur sa vie intime « bah j'avais entendu parler de questionnaires… de choses très intrusives… du fait aussi que… quand on n'aimait pas que les filles en étant un mec trans… des fois il y avait des discriminations… qu'il y avait des médecins qui disaient… oui mais tu ne peux pas être trans et gay… (…) bah enfin, il y avait trop de possibilités qu'en fait passer par un chemin hospitalier ça me ralentisse ou même ça... ou même qu'on dise non vous vous trompez », « et du coup le privé c'était plus simple pour que ce choix de vie soit respecté… ».

Il énonce aussi qu'il a attendu d'être majeur pour prendre ses premiers rendez-vous médicaux. A travers le parcours de soins en circuit privé, Alban justifie son choix d'un psychiatre de ville comme suit : « ce que moi j'ai apprécié… c'est qu'il n'a

pas dit… je confirme que vous êtes trans… il a dit… je confirme qu'il n'y a rien qui fasse qu'en termes de psychiatrie… il n'y a aucune pathologie qui fasse que vous puissiez vous tromper… ». A l'issue du rendez-vous, Alban a souhaité prendre le temps de considérer une éventuelle opération de la poitrine « je voulais voir comment ça évoluait… ».

3.1.1 Son deuxième prénom de naissance

Alban a commencé les hormones il y a deux ans « du coup ce n'est pas récent quoi... bah… ça va… ». Le changement de prénom s'effectue lors de la dernière année de lycée. Il fait tout d'abord usage de son deuxième prénom de naissance (épicène). Il ajoute qu'il a trouvé un appui du côté du réel de l'état civil « du coup la loi était de mon côté et je pouvais imposer à mes professeurs de m'appeler… même si... sans leur dire qu'il y avait une question de genre derrière… ». Il choisit ensuite le prénom d'Alban en souvenir d'une rencontre avec un professeur d'anglais qu'il a eu de la sixième à la terminale. Il revient sur ses prénoms de naissance en précisant que ses parents ont souhaité donner à chacun des enfants (sa sœur et lui), deux prénoms qu'il qualifie de « très différents ». Ainsi, son premier prénom de naissance était « très féminin » et le second « neutre », et ce « pour qu'on ait la possibilité de le changer… parce qu'ils ne voyaient pas l'intérêt à donner deux prénoms similaires… parce qui si on a deux prénoms qui se ressemblent… si un jour on aime plus son prénom ça ne sert à rien de prendre le deuxième… ».

Ses parents ont rencontré des difficultés à accepter son affirmation masculine « alors qu'au final ils l'avaient choisi… mais je pense que ce n'était pas le prénom qui était compliqué… c'était la situation ». Les démarches en mairie ont été ensuite rapidement engagées ; le changement de prénom a été prononcé officiellement trois semaines plus tard.

Il revient sur l'annonce de sa transidentité à ses parents et sur le rôle que sa sœur à jouer en qualité de première interlocutrice. Il lui a confié son souhait de vivre dans un autre genre avant d'en faire part aux parents « mes parents… moi j'en ai toujours parlé qu'à ma mère… ». Il distingue deux places différentes au sujet des parents : « et pour mon père… c'est ma mère qui l'a tenu au courant… c'est ma mère qui lui

a dit les choses… j'en ai jamais vraiment parlé avec lui euh… parce que… bah… on était très proches… très... limite fusionnels quand on était enfant avec notre père… puis à l'adolescence ça a été l'inverse… on s'est rapprochés de notre mère… ma sœur et moi aussi… et mon père c'est plus devenu juste un... on va dire… un père dans le fond du décor… ».

3.1.2 La féminité

Alban exprime que son affirmation féminine n'est jamais advenue psychiquement bien que sa puberté soit révolue « moi je voyais mes amies devenir des femmes et je ne les enviais pas mais je me demandais pourquoi moi je n'avais pas l'impression que ça m'arrive en fait j'ai… pendant longtemps… je me disais… oui plus tard je serai une femme… etc. je n'avais pas l'impression de l'être alors qu'en soi vers seize-dix-sept ans ma puberté elle était quand même achevée… ». Le « devenir femme », tel qu'il le nomme, ne semble pas s'inscrire pour lui « j'avais cette impression que oui… que certaines de mes amies étaient des femmes et moi ça ne venait pas ». Il propose plusieurs solutions subjectives « non… j'avais juste l'impression que ce n'était pas encore le cas… qu'il manquait quelque chose… je me disais que j'étais peut-être pas assez âgée ou que ça viendrait en grandissant… etc. ». Son devenir s'articule avec la négation du devenir femme dans sa dimension imaginaire et dans un inconfort corporel ; « et découvrant la possibilité de ne pas devenir une femme… je me suis rendu compte que c'était peut-être pour ça que je me sentais pas femme et que je... j'ai eu l'impression que je serai plus heureux comme ça et au final… c'est bien le cas et du coup c'est plutôt comme ça que parce que je détestais mon corps ou d'autres choses… non mais je n'ai pas... je le détestais pas… je me disais juste qu'il serait mieux autrement en fait ».

Par ailleurs, autour des représentations de la filiation et des possibilités concernant la préservation de fertilité « je me suis dit qu'en fait dans ma famille… donc du côté de ma mère toutes les femmes sont hyper fécondes… donc très facilement enceintes etc. du coup… je me suis dit naïvement que la testostérone n'interromprait pas ma fertilité et je pense que... enfin… j'espère en fait que ce soit le cas… mais je n'ai pas pris de mesure pour la préserver médicalement ou enfin… en congelant ou etc.

juste j'espère que ce n'est pas parti et que ça ne partira pas ». Ainsi, Alban se projette en portant ses futurs enfants « possible… je veux les porter parce que… cette partie de mon identité elle est restée… enfin, je veux porter des enfants… enfin… je veux avoir des enfants depuis toujours et je n'ai pas... pour moi ce n'est pas un frein... et ça n'a pas à avoir de lien avec qui je suis… cette envie d'avoir des enfants, elle n'est pas reliée au fait que je sois une femme ou au fait que soit un homme ».

Il trouve un appui du côté du réel juridique en se passant du changement de la mention à l'état civil « je pense que je vais laisser comme ça parce que déjà je n'ai pas envie de passer devant un tribunal… je trouve ça violent symboliquement de devoir aller au tribunal pour défendre son identité ». Il ajoute trouver un bénéfice dans l'accès aux soins sous une identité juridique féminine « et en plus je sais qu'il y a des choses auxquelles j'aurais plus accès si je suis un homme… enfin qui sont très compliqués… par exemple les moindres problèmes de santé liés à des cases de femme au niveau de la Sécurité sociale ça peut devenir compliqué… des choses du style… et puis je trouve que ce n'est pas un handicap très... enfin dans la vie quotidienne ». Il qualifie sa transition de terminée et ne prévoit pas d'autres interventions « pour moi c'est un peu... ouais ça serait... genre fini là… c'est juste me remettre totalement de l'opération et puis ça serait un peu ça… ».

3.1.3 Une acceptation parentale délicate

Après plusieurs mois, sa mère accepte ce qu'il énonce comme un droit : « elle a fini par accepter que... en fait… j'avais *le droit* de rester féminin même si je faisais une transition et si je disais que je suis un homme féminin certes mais que je suis pas une femme en tous cas… ». Son père, quant à lui, a besoin de davantage de temps pour accepter le changement de genre de son enfant. Il appuie sa réticence, voire sa non-acception, sur la première nomination symbolique qu'il a soutenue pour son enfant né fille « au début c'est vrai (…) que mon père a dit… moi je t'ai appelé comme ça… je t'appellerai toujours comme ça... ». « Du coup mon père a été plus violent dans les propos mais plus dans de l'incompréhension et des non-dits parce

qu'en fait on ne parlait pas et du coup pour le genrage ça a été long aussi mais je pense pas que ce soit que de leur volonté de ne pas changer mais plus que… ».

Alban fait preuve de compréhension à l'égard de la position parentale et les dédouane du désir de le rejeter « mais je pense pas que ce soit que de leur volonté de ne pas changer mais plus que… si le fait que c'est compliqué du jour au lendemain de voir changer… etc. mais… non… maintenant c'est bon en tout cas… ». Il élabore une explication du côté du désir parental d'avoir voulu des enfants de sexes féminins (sa sœur et lui) « du coup y a peut-être eu cette chose-là aussi qui a été compliquée parce qu'ils ont eu leurs deux filles pendant 17 ans et puis au final… c'était plus le cas… du coup je pense que peut-être ça aussi ça a pu jouer dans leur acceptation mais maintenant tout est normal… y'a aucun problème… ils n'ont pas de souci à le dire ». Le regard de l'entourage social à l'échelle du village des parents pèse, et semble faire retour sous la négation de l'affect de la honte « mon père était boulanger… il avait une boutique dans notre ville et un jour on était au marché et on a croisé une de ses anciennes clientes et elle lui a demandé qui j'étais… et elle a dit… mais vous n'aviez pas deux filles… et il [son père] a fait si… mais enfin il a essayé de trouver une explication et au final il en a parlé sans que ce soit une honte ».

Il évoque aussi quelques hésitations quant à sa recherche d'emploi ; une crainte de la discrimination qu'il ponctue par « moi ça... mon identité et puis les hormones… l'opération et tout ça n'a jamais été un frein ou un handicap on va dire… dans ce que je voulais faire ». Le terme de refus se dégage « il y a des fois où je me suis dit… non… que je n'avais pas envie de me mettre potentiellement face à un refus… ». Il repère ne pas vouloir se mettre dans une position où, comme pour l'avis du professionnel de santé, il pourrait essuyer une opposition à son désir « ouais y'a pas eu de handicap réel vis-à-vis du fait… bah que j'étais trans… ». Et il met en tension l'identité de genre et les choix de vie « c'est ce que j'ai toujours voulu faire et enfin du coup le fait de l'avoir voulu en tant que fille plus jeune et de le voir maintenant ça... il n'y a pas eu de changement… c'est pas... pour moi… c'était pas un souci à mon genre… c'était ce que je voulais faire ».

3.1.4 La peur de l'exclusion scolaire

Sur la discrimination et le mésusage des pronoms, il estime ne jamais avoir eu de souci dans sa ville, y compris pour passer le permis de conduire et les demandes de bourses « je trouve que j'ai de la chance quand même parce que c'est une ville dans le 78 et moi je ne m'attendais pas à ça et ça s'est très bien passé... je n'ai jamais eu de violences au niveau de mes voisins alors qu'on est dans une petite résidence… ». En revanche, l'ostracisme est évoqué au décours des réactions de ses camarades et de l'infirmière du lycée après le changement de prénom.

Alban l'exprime ainsi « je me suis retrouvé face à des personnes qui disaient que je faisais ça pour faire mon intéressant… » et que « je ne serai jamais un homme ou quelque chose du style… ». L'infirmière du lycée a critiqué le caractère « trop » masculin de son prénom. Le rejet, direct et indirect, de ses pairs précipite Alban dans la crainte d'être exclu du lycée, et ne plus y avoir sa place. Nous entendons ne plus avoir de place dans l'espace social, celui de ses pairs et du savoir « que j'avais cette peur débile qu'on pourrait me virer d'un établissement pour filles si je disais que j'en n'étais pas une… bon c'était tellement débile que c'était aussi… l'année du bac ». Comme nous l'avons mentionné de façon liminaire, Alban a effectué sa scolarité dans un établissement privé non mixte « dans un établissement pour filles… du CP à la terminale... ».

Comme nous l'avons souligné, la première démarche a été sociale avec le changement de prénom « au début je voulais juste qu'on m'appelle Alban et qu'on utilise le masculin pour parler de moi mais je n'avais pas encore conscience de vouloir des hormones… ». Les projets de masculinisation hormonale et/ou chirurgicale sont absents dans son discours « ce n'était pas... enfin... je ne disais même pas que je n'en voulais pas et que j'en voudrais pas... ».

A l'exception d'un professeur qui utilise un surnom et l'apostrophe dans la classe sous un trait qui le distingue des autres « c'était bac S… parce que j'étais le seul du cours Informatique à avoir fait un bac S et que j'avais trouvé toutes les formules un jour dans une question... enfin… il savait qu'il n'avait pas le droit de dire madame parce qu'il fallait rester respectueux et parce que je suis dans une fac de gauche… ».

Le professeur semble vouloir contourner la nomination de genre « oui y'a que moi qu'il n'appelait ni madame ni monsieur ». Il conclut en soulignant « mais j'ai jamais eu de vrai problème de discrimination ou quoi… juste des petits évènements comme ça… », comme par exemple un étudiant « immature » qui répète en écho les phrases qu'il dit à haute voix pour les genrer au féminin « des trucs débiles comme ça... vraiment… cinq ans d'âge mental mais c'est pas grave… ».

Son affirmation passe également par la place qu'il prend auprès des ses pairs dans les relations sociales « dans mon caractère je n'ai jamais laissé les gens poser leurs avis… c'était… c'est comme ça... y'a pas de je suis d'accord ou je ne suis pas d'accord, c'est comme ça… soit tu t'y fais, soit tu dégages… du coup… je pense que c'est pour ça que je n'ai pas été face à trop de situations... ».

Pour anticiper les difficultés et le rejet social, il ajoute se présenter sous une identité de genre masculine au quotidien « je préfère dire que je suis un homme parce que c'est plus simple… parce qu'on est quand même face à moins de discrimination si on range dans des cases que si on est à l'extérieur mais du coup… physiquement oui… j'avais la sensation que la société accepterait que je sois un homme si j'avais tel attribut etc. etc… ».

Il entend la non-binarité au titre d'une troisième catégorie qui viendrait fixer une identité de genre sans lien direct avec la transidentité « c'est vrai que c'est compliqué... en fait non-binaire ça a pas un lien avec le fait d'être trans en soi… c'est juste un des trois genres… une catégorisation et on peut être un homme trans clairement j'aurais pu être un homme trans… mais pour moi je suis pas vraiment un homme et je suis pas vraiment une femme… du coup… je suis forcément dans cette troisième catégorie et je sais pas c'est pas... les personnes non-binaires sont forcément trans en soi parce qu'il y a personne qui à la naissance dit à ce bébé il est non-binaire… clairement… mais après les personnes trans peuvent être binaires… ».

3.1.5 L'agression

Il confie un acte hétéro-agressif violent qu'il a subi dans un lieu public « y'a jamais eu vraiment d'autres moments où j'ai pu recevoir de la violence parce que j'étais trans ». Une femme assise à la table d'à côté entend son ami le genrer au masculin. Dans un passage à l'acte agressif, et, dans une absence de parole que l'on peut rapprocher d'un miroir paranoïaque, une femme porte atteinte à son intégrité et intimité physique pour voir sa poitrine « en fait elle m'a déshabillé mais sans que j'ai eu le temps de comprendre quoique ce soit elle a ouvert mon gilet et en-dessous j'avais presque rien et j'étais... et je suis resté tétanisé… j'ai fait une crise de panique… ». Alban souligne l'écart générationnel et la position d'autorité de l'adulte « le fait que ce soit une adulte… une vraie adulte… je me suis senti désemparé… c'était le truc le plus improbable possible… ». Il sollicite l'aide ponctuelle d'un hypnothérapeute pour tenter de pallier ce traumatisme, et dit un mot de la thérapie où il ne souhaite pas que les questions autour de l'identité de genre soit le cœur de son travail thérapeutique « le fait que je sois trans n'était pas le problème pour lequel je venais et du coup j'ai aucun souci avec ça… ».

Il met son identité de genre en tension avec la place professionnelle qu'il souhaite occuper, et l'exclusion imaginaire dont il pourrait être l'objet « je vais être fonctionnaire et je sais que si… pour le concours de prof je remplis mes stages… mon identité elle… changera rien au fait que je serai prof et qu'on ne pourra pas me dire… non mais en fait vous avez réussi le concours mais on veut pas de vous quoi… ».

Il conclut sur le bénéfice de la mention de la lettre F à propos de ses papiers d'identité « cette mention parce que même du coup… si je veux porter un enfant plus tard… si j'ai le moindre problème de santé… si pour quelconque raison ce F peut m'être utile… je préfère le garder… ».

Il revient sur la discrimination du mégenrage et de la transphobie dans la société « le problème c'est que l'état et les réseaux sociaux et la police ne reconnaissent pas plein de choses comme des discriminations… par exemple quand des personnes

commentent sous des publications… c'est une femme… c'est une femme… etc. alors qu'il s'agit d'un homme trans... ils sont acceptés ces commentaires… ils ne vont pas être jugés comme discriminants… ». Il propose un cadre législatif pour contenir la transphobie « des consignes du gouvernement… des termes clairs et évident parce qu'on est dans un pays où les discriminations sont censées être interdites » pour éviter de ranger les gens dans des « cases ». Il souhaite une reconnaissance de ces discriminations transphobes « il faudrait qu'il y ait une reconnaissance possible de ça… », et pointe le besoin de prise en charge qualitative « …il faudrait plus accompagner les personnes comme des individus et pas comme des chiffres trans... ».

Ainsi, le récit de ses éprouvés intimes insiste sur l'idée d'un continuum et d'une permanence de l'être : « je suis resté la même personne ». Il refuse de souscrire à un avant/après transition de genre bien qu'il ne minimise pas que le regard de la société et son propre regard ait évolué. L'affirmation des ses coordonnées subjectives masculines passent par la dénégation de la position féminine « en somme moi… je dis que je suis un homme mais je considère plus que je ne suis juste pas une femme », « au final du coup et découvrant la possibilité de ne pas devenir une femme… bah… je me suis rendu compte que c'était peut-être pour ça que je me sentais pas femme ».

3.2 Éléments de discursivité

3.2.1 Les temps de l'entretien

Plusieurs mouvements se distinguent dans l'entretien, qui est largement plus long que les précédents. Alban répond à notre demande d'informations autour de son parcours d'affirmation en se situant au début de la prise d'hormones masculinisantes (c'est-à-dire deux ans avant l'entretien).

Le parcours d'affirmation occupe un long premier tiers de l'interview pour céder la place à la question de l'exclusion que nous induisons. Si les réponses initiales reprennent les volets de la transition dans une pulsionnalité haletante et saccadée, il répond à notre demande d'informations sur la stigmatisation par une scansion nominale qui le protège de l'extérieur « dans mon milieu non… ». Il suspend ensuite sa réponse, ce qui appelle une relance de notre part pour savoir s'il a été confronté à des questions intrusives. Il acquiesce par l'affirmation dans une position défensive et avance que ça ne le blesse il « préfère expliquer aux gens ». Il emploie les adjectifs « violentes » et « difficiles » pour décrire la discrimination chez les personnes concernées contre lesquelles il lutte grâce à sa position. La position subjective qui se dessine à ce terme de l'entretien est un point de pivot pour associer les démarches de changement de mention du sexe au tribunal, dire qu'il a eu de « la chance » par rapport à la ville où il a déposé le dossier, et pour s'ouvrir d'une agression. Le récit de cette violence, qu'il a subie dans un café alors qu'il prenait un verre avec une amie, est bordé dans son récit par un dernier mouvement où il explicite son identification à la non-binarité. Il ne se reconnait ni dans le genre féminin ni masculin. Il aurait pu être « un homme trans » mais il est non-binaire.

3.2.2 La position subjective

Après une prise de parole ponctuée d'hésitations et de phrases courtes, il revient avec un temps de parole relativement long et sans interruption sur les différentes étapes de son parcours en libéral. Il reprend avec une extrême minutie l'opération de la poitrine et les complications opératoires. Il souligne qu'il a pris ses rendez-vous lui-même, et rapporte au discours indirect libre les propos du psychiatre

attestant qu'il n'y avait pas de maladie psychiatrique associée. Il parle en son nom en utilisant le pronom personnel « je » avec des phrases brèves qui décrivent les actions successives dans un souffle court. Les phrases sont juxtaposées sans connecteurs logiques ; elles s'articulent grâce à la respiration brève qu'il introduit le temps de reprendre sa respiration. Il brosse ainsi un parcours rapide, énumérant d'une manière détaillée les rendez-vous et les complications chirurgicales post-opératoires.

L'affect qui se dévoile, au fil des hésitations et d'une énonciation très saccadée, est l'angoisse qui intervient en début de transition avec le mégenrage « la peur que les personnes… ». Ce ressenti est associé aux autres dans l'espace social. Il est pris dans un discours dont quasiment toutes les phrases sont structurées de la même façon : le pronom personnel à la première personne du singulier suivi d'un verbe conjugué et d'un complément circonstanciel. Cette itération est soutenue par la pulsionnalité et le débit rapide de la voix. Quelques changements de position d'énonciation se présentent à propos du coming-out. Ce n'est plus Alban en tant que personne subjective qui supporte l'énonciation « j'ai pensé », « j'ai pu partir », « je suis étudiant », « j'ai hésité », « je me suis servi de cette histoire », mais la loi (il utilise son deuxième prénom qui est un prénom épicène). Il relie la position du législateur avec sa trajectoire d'affirmation « la loi était de mon côté *et* je pouvais imposer… ».

PORTRAIT N° 4 : LAURENT

Laurent est un jeune homme trans âgé de dix-neuf ans ; il exprime une identité de genre binaire. Il vit avec ses parents, ses deux frères et sa sœur de sept ans. Il est en deuxième position dans la fratrie. Il travaille comme fleuriste dans une boutique en région.

Il a sollicité une association dont il voyait la « visibilité » sur Internet pour avoir des adresses de médecins. Habitant dans un désert médical, il a été orienté vers une base de données qui recense les praticien·nes respectueu·ses. Il va voir une psychiatre avec « qui ça s'est bien passé », qui l'informe et qui ne rédige pas de certificat après un premier rendez-vous. Il a choisi un endocrinologue en ville. Les deux professionnels de santé libéraux travaillent en liaison. Les deux ans d'attente dans le secteur public dont il a eu vent lui semble rédhibitoire : « quand on a dix-sept ans on n'a pas forcément envie d'attendre… et même avant et même après… ». Sa transition sociale et juridique est effectuée. Laurent prend un traitement hormonal masculinisant depuis sept mois. Il n'a pas engagé d'opération au niveau de son corps.

Nous rencontrons Laurent dans le cadre du recrutement sur un groupe de discussions des réseaux sociaux. L'entretien se déroule par téléphone.

4.1 Le récit expérientiel

Les premières questions liées au genre ont affleuré à l'âge de douze-treize ans sans qu'il en formule le contenu lors de l'entretien. Laurent distingue un second temps de questionnement entre quinze-seize ans « ça s'est vraiment mis en place quand j'ai pris conscience… » en classe de première. Il associe la visibilité de la transidentité dans la société avec le travail d'informations et les groupes d'autosupport des associations. Transitionner ouvre pour Laurent un champ des possibles qui fait le lien entre les premiers et les seconds questionnements. Il n'en dira pas davantage sur la nature et la tonalité de ses questions intérieures.

Sa famille a toujours été soutenante. Le changement de prénom a précédé la prise d'hormones masculinisantes. Pour choisir son prénom masculin, il interroge ses parents sur le prénom qu'ils auraient choisi s'il avait été assigné de sexe masculin à la naissance « ils m'ont donné plusieurs prénoms et dans aucun je me reconnaissais ». Pour le prénom choisi, son désir porte sur un prénom court « qui ressemblait à mon ancien prénom et c'est surtout sur l'entente… ». Il emploie le terme « d'entente » pour parler de la sonorité du prénom « je me suis toujours identifié à Laurent c'est une question d'entente ». Il repart du surnom de son prénom de naissance « Lo » et ajoute, dans une adresse sociale à l'autre « je trouvais que ça se rapprochait énormément du coup ça n'a pas vraiment changé pour mes proches et ça a toujours la même entente ».

Il souligne à plusieurs reprises sa volonté d'avoir attendu sa majorité pour commencer les démarches médicales « je souhaitais en fait être libre », et ainsi ne pas être soumis à l'avis de ses parents qui auraient pu émettre une réserve ou un avis négatif sur sa transition. Après le changement de prénom à la mairie de son village à l'âge de dix-sept ans, il est allé voir son médecin traitant pour une demande d'ALD[165] « pour avoir un soutien », précise-t-il.

[165] Certaines affections de longue durée (ALD) sont dites « exonérantes ». Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé. Cela signifie que le

4.1.1 L'appréhension de la masculinisation de la voix

Après la prise d'hormones, ses attentes sont « principalement la voix et la pilosité pour qu'il y ait une masculinisation de mon visage ». Il ajoute avoir vécu la mue de la voix avec « appréhension » ne sachant pas si sa voix allait être grave ou rester aiguë. Pour la pilosité, il s'est inquiété du délai et de la conformité à ses attentes « combien de temps ça va mettre et est-ce que ça va être comme moi je veux ». Pour mettre une distance avec les éventuelles interrogations sur ses changements corporels, il a préféré se mettre à l'abri du regard social en changeant de lieu de travail, « donc je ne pouvais pas avoir d'appréhension à ce qu'on me dise avant tu étais comme ça… j'ai eu des regards nouveaux que je ne connaissais pas… ».

Au fil de la transition, il n'a jamais ressenti de doute « ça j'ai toujours voulu poursuivre parce que c'est quelque chose de réfléchi auparavant ». Ne pas engager cette transition eût été un « frein » par rapport à « son épanouissement personnel ». Il met en avant des « complexes » et le fait « d'être associé à une identité féminine dans les vestiaires dans le travail ». La dysphorie ne porte ni sur son physique ni sur ses attributs féminins ; il l'exprime en termes d'absence d'identification au féminin « c'est plus comportemental… social… » et en termes de différence « personnellement je n'étais pas comme elles ». Cela semble mettre en jeu une dimension sociale de « l'image de la femme dans la société » ainsi que des stéréotypes et des expressions de genre liés à une représentation de l'autre sexe « une femme ça a une vulve ça n'a pas de moustache ça a les cheveux longs et un homme c'est forcément viril ça ne porte pas de jupe pas de maquillage donc oui une société différente ce serait plus naturel que de se mettre dans des cases ». Il peut envisager qu'un homme se maquille mais souligne que cela « casse les codes et… il y a une diversité d'êtres humains ».

Un endocrinologue l'a informé des possibilités de préservation de ses gamètes. Il sait que la prise d'hormones sexuelles masculinisantes ne signe pas l'impossibilité

ou la patient·e bénéficie d'un remboursement à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale de ses frais de santé liés à l'ALD.
Source : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald.

d'avoir un enfant ; toutefois « ce n'est pas dans les codes des gens qu'un homme tombe enceinte et tant que l'hystérectomie n'est pas faite c'est quelque chose de possible et d'imaginable ».

4.1.2 La curiosité malsaine

Les situations discriminantes qu'il a vécues reviennent sous les termes d'indiscrétions, de curiosités malsaines et intrusives. Son maître de stage lui a posé des questions intimes sur les opérations chirurgicales qu'il avait réalisées. Pris dans un rapport hiérarchique d'autorité, il s'est senti obligé de répondre à sa curiosité « ce n'était pas des questions pour s'informer mais plus d'intrusif on va dire… vraiment on sent que c'est malsain ». L'effraction des codes sociaux résonnent avec l'ostracisme dont les personnes concernées sont victimes. Il le formule ainsi « je peux arrêter les hormones et être enceinte même s'il y a de la discrimination envers notre diversité… donc avoir un enfant en plus d'être trans ce serait compliqué dans le sens moral dans le sens mental en même temps ». Il rabat la complexité du côté sociétal : l'enjeu est « d'être compris sans être discriminé et harcelé… ».

Ainsi, Laurent ne semble jamais s'être identifié à une identité de genre féminine. Il fait valoir une différence, « personnellement je n'étais pas comme elles [ses collègues]… ». En termes d'expression de genre, il inclut la non-binarité dans la transidentité « ça [en] fait partie », « quelqu'un qui est assigné homme à la naissance peut se sentir femme à un moment donné ou entre les deux enfin ». Il précise qu'il n'a pas saisi ce qu'était la non-binarité parce que lui s'identifie à l'autre sexe. Les premiers questionnements (au collège et au lycée) lui ont permis de prendre conscience d'un champ des possibles avec la trajectoire de la transidentité et d'une issue possible à son mal être.

4.2 Éléments de discursivité

4.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[166]

L'entretien fait suite à un échange de courriel où Laurent, rencontré sur les réseaux sociaux, avait mentionné qu'il bénéficiait d'un traitement masculinisant depuis sept mois. Il n'est possible de dégager différents temps dans cet entretien relativement court. Les réponses que Laurent propose suivent exactement la cadence des informations que nous lui adressons avec nos questions. Chaque réponse est circonstanciée, et n'excède pas deux ou trois lignes lors de la transcription.

Pour ouvrir l'interview, nous reprenons l'élément mentionné dans notre échange écrit au sujet du traitement hormonal pour l'inviter à associer et se confier sur son parcours. Il répond de façon factuelle et lapidaire par « oui c'est ça » sans associer davantage. Il associe son parcours, et les âges du questionnement, à un possible qui s'est ouvert pour lui « j'ai pris conscience que c'était possible quoi… ».

La pulsionnalité de la voix est constante tout au long de l'échange. L'interview se clôt par l'emploi du conditionnel pour répondre à une question sur la stigmatisation « oui… je pourrais l'imaginer ». Cette assertion, supportée par l'opérateur verbal « pouvoir », apporte une valeur d'éventualité. Derrière une position défendue, et distanciée grâce au conditionnel, Laurent pointe la complexité sociétale de sa trajectoire. Il pose qu'être trans est consubstantiel de la discrimination et du harcèlement.

[166] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie car l'analyse de l'entretien ne permet pas de les distinguer.

PORTRAIT N° 5 : VICTORUS

Victorus est un garçon trans de 22 ans ; il se définit dans une identité de genre binaire. Il étudie les Langues et la civilisation dans une université parisienne. Il est le dernier d'une fratrie de trois enfants. Ses parents sont séparés depuis plusieurs années, il vit avec son père en banlieue parisienne et n'a plus de contact avec sa mère.

Sa transition sociale et juridique est effectuée. Il prend un traitement masculinisant depuis cinq ans – il dit avoir attendu très longtemps cette prescription en raison des délais du parcours de soins. Il a été suivi dans un Centre médico-psychologique (CMP) en Ile-de-France pendant un an, puis adressé à la consultation spécialisée dans la diversité de genre à la Pitié-Salpêtrière. A sa majorité, il a bénéficié d'une torsoplastie et a choisi de se faire opérer des parties génitales (métaidoïplastie). Le choix du circuit public est motivé par la gratuité ; sa situation (financière et sociale) précaire ne lui permettait pas d'aller dans le privé.

Nous rencontrons Victorus dans le cadre de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière. A sa demande, l'entretien se fait par téléphone sans visioconférence. Nous l'avons croisé plusieurs fois lors de consultation pluridisciplinaire avec la pédopsychiatre et le psychologue à la Pitié-Salpêtrière.

5.1 Le récit expérientiel

C'est à sa sœur aînée qu'il confie en premier son ressenti autour de la différence de genre, « mais concrètement c'est vers mes huit ans que je pensais déjà un peu à en parler sans forcément que ça se confirme… ». Il précise qu'il a trouvé cet appui dans la fratrie puisque ses parents ne l'ont pas cru lorsqu'il en parlait dans l'enfance « … donc j'ai pu me faire entendre… ». Ainsi, il s'étaye de la voix de sa sœur pour

réaliser son coming out à la famille « après on en a parlé tous les deux avec le reste de la famille ».

Les débuts de l'incongruence de genre sont pointés au décours d'un ressenti au niveau corporel « … c'était pas une façon d'être mal à l'aise c'était juste une sensation de ne pas être dans le bon corps en fait… ». Il ne mentionne pas d'identification particulière dans les jeux de la petite enfance ou dans les vêtements vis-à-vis de ses pairs.

Sa sœur l'accompagne lors des rendez-vous médicaux à l'hôpital pour la demande d'hormones, puis pour les opérations. Il précise être rassuré par un parcours au sein d'une consultation spécialisée « car c'est quelqu'un qui est plus apte à me comprendre ». Toutefois le lien avec la psychologue est insécurisant car elle se superpose à une figure parentale «… elle se préoccupait trop comme un parent peut avoir peur… ». Il évoque aussi l'aspect pécuniaire et le remboursement du traitement sans quoi il n'aurait pu engager cette transition « c'était primordial sinon j'aurais pu rien faire ».

Il commence les hormones à seize ans en classe de première « oui j'ai trouvé ça un peu long c'est comme une bombe à retardement ». Les effets du traitement masculinisant sont relatés avec le signifiant « d'affirmation », qu'il associe aux bénéfices de la mue de la voix. Il a la voix très grave. Il ajoute « pour moi le gros plus… c'est que ça a été une grosse affirmation aussi ça m'a surtout motivé à continuer mais je voulais continuer que ça se passe bien ou pas avec les hormones je voulais continuer… ». Ce sont la voix, la pomme d'Adam, la pilosité et la morphologie « au niveau des épaules même si je suis chétif… on voit que j'ai plus d'épaules qu'avant… ».

Le changement de prénom est un temps important dans son parcours d'affirmation trans. Il choisit un prénom qui a pour origine un animé japonais, et insiste particulièrement sur le fait qu'il a choisi seul, sans l'avis de sa sœur ou sa famille « … c'était un moyen de m'affirmer tout seul donc c'était important que ce soit un prénom qui me convienne à moi et que je choisisse seul ». Il s'affirme ainsi seul,

sans le regard social et parental. Il ajoute que ses parents ainsi que ses pairs au collège et lycée ont eu du mal à accepter son affirmation de genre,

Concernant les opérations corporelles, il répond par une formule qui ferme notre question sur les changements qu'il a effectués « j'en suis au stade où j'ai fait toutes les chirurgies possibles ». Il aborde la phalloplastie en termes de confort. Le confort s'oppose à la souffrance et au mal-être qu'il exprime comme une lutte interne contre son propre corps : « oui c'était très dur car ça ne représentait pas moi… c'est se battre contre son propre corps et ça c'est terrible donc oui… c'était surtout une source de souffrance ». La possibilité de préservation sa fertilité est réfutée d'emblée. Il exprime ne pas avoir investi son corps de naissance comme étant le sien « pour moi c'était hors de question de préserver c'était un non dès le départ et ça n'a pas changé ». En revanche, les traitements hormonal et chirurgical ont permis d'investir ce corps masculinisé : « je savais que c'était la chose à faire pour que je me sente mieux j'avais totalement raison ». Au fil des changements, il n'a jamais douté ni regretté. Pour Victorus, c'est « comme une évidence » qui l'appuie pour pallier la dysphorie ressentie relative à son corps de naissance et avancer dans son affirmation.

5.1.1 Être considéré pour soi

Il parle d'une identité ontologique (être soi), voire réflexive « je suis moi… », une identité qu'il souhaite épurée de tous les stéréotypes de genre, adossée à l'identification à son prénom (le personnage d'un roman qu'il a écrit). Il formule son identité à l'aide d'un syllogisme inversé qu'on pourrait reformuler ainsi : je suis moi, je ne suis ni un transgenre, ni une femme. Une définition de lui-même qui est par-delà le genre, la binarité homme/femme « après évidemment on a envie de représenter un genre… pour moi c'est pas le plus important je ne veux pas être vu ni homme ni femme mais en tant que Victorus auprès de mes amis… le reste je m'en fous… ». Ce ne sont pas les attributs virils qui signent l'affirmation du genre masculin. Il pointe toutefois sa propre contradiction comme « une vision un peu bizarre », en ajoutant que « tous les hommes sont différents… il n'y a rien que les définit particulièrement… certes il y a le corps qui change… ça c'est le point naturel

et… mais ça… c'est pas un truc ultra important selon moi et je dis ça alors que moi j'ai fait la chir et tout mais… c'est important dans mon corps parce que moi je voulais changer… ». Peut-être doit-on comprendre que la chirurgie lui a permis une pacification, « un accord », entre le réel de son corps et son imaginaire sans qu'il s'identifie forcément à la transidentité. L'absence de relations amoureuses et/ou sexuelles avec un partenaire ne remet pas en question son acceptation et sa conviction d'être né dans le mauvais corps. Si le regard social des pairs peut être vécu comme douloureux, les relations intimes semblent compliquées à envisager et lui renvoient la peur d'être rejeté. Il se tient donc à l'abri de cette menace.

5.1.2 L'acceptation parentale douloureuse

Du côté des parents, l'acceptation a été difficile « j'ai ressenti de la discrimination même après malheureusement mais on ne peut rien y faire… pour me faire accepter c'est surtout mon père et ma mère qui ont posé problème après ma sœur ça toujours été ok… au niveau des amis je n'en parle pas je n'ai pas le désir de le dire… ». Il évoque brièvement la souffrance d'avoir vécu une puberté dans un corps de fille, et revient sur les délais d'attente pour les consultations à l'hôpital.

Il dévoile son manque d'intérêt pour les relations affectives durant le parcours de changements corporels « je n'ai jamais eu de relation de partenaire alors c'est pas vraiment un truc qui m'a intéressé dans toute la phase où je devais faire mes opérations… maintenant c'est encore un truc où je rebute encore dessus… ». La peur du rejet de son corps se lit en filigrane. Il ajoute être pansexuel « accepter tout le monde », et craindre que les personnes non concernées par la transidentité ne l'accepte pas. Il distingue clairement l'acception de la compréhension. Accepter la transidentité d'un point de vue idéologique ne signifie pas forcément comprendre une personne sur le plan intime « on peut accepter mais pas forcément comprendre et du coup on n'accepte quelque chose qui ne nous représente pas ». Les changements corporels semblent prendre la valeur de signifiants, plus que les termes de transition ou de transidentité. Si Victorus est en accord avec lui-même grâce aux changements corporels qu'il a engagés, il dénonce que l'exclusion vient des autres « puis le reste… c'est des gens qui ne veulent pas vraiment avoir un

copain comme moi il préfère quelqu'un qui n'ait pas changé ». Il conclut par cette formule reprise du *Deuxième sexe* de Simone de Beauvoir (paru en 1949) transposé au masculin : « je dirais… on ne naît pas homme on le devient ».

Ainsi, au travers de son affirmation Victorus insiste pour ne pas être réduit à un parcours et à un genre sexué « il y a cette partie homme que je valorise parce que c'est comme ça que je me sens mais au prime abord je préfère qu'on me voie pour moi ». S'il n'a pas choisi cette trajectoire, dont les premiers inconforts ont émergé dans l'enfance, l'identifier à une personne trans reviendrait à le réduire à un trait « [qu'] on ne me voie plus comme une personne mais une personne transgenre qui a changé de sexe ». Il revendique l'assignation au devenir soi « Je ne suis pas un transgenre je ne suis pas une femme je suis Victorus ».

5.2 Éléments de discursivité

Nous ouvrons l'entretien sur son parcours dans les études supérieures et posons une question ciblée pour savoir quelle filière il a choisi. L'entretien est au téléphone sans visioconférence.

5.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[167]

Sans pouvoir dégager de grands mouvements dans l'entretien, la réécoute et la relecture mettent en évidence deux types de réponses de sa part qui s'articulent à notre demande d'informations. D'une part, des développements en moyenne d'une petite dizaine de lignes à la retranscription, et d'autre part des réponses extrêmement brèves de quelques adverbes « oui c'est bien cela », « oui très clairement », « oui c'est ça » qui viennent comme une simple coche de nos dires.

Le premier type d'énoncé est associé au commentaire du parcours hospitalier plutôt que libéral qu'il justifie par la précarité de sa situation sociale familiale. Il est assez

[167] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie car l'analyse de l'entretien ne permet pas de les distinguer.

prolixe sur ces points-là ainsi que sur la lenteur de l'accompagnement qu'il a reçu de l'équipe hospitalière. Les autres espaces d'affects et de représentations sont liés aux bénéfices du traitement masculinisant et aux chirurgies qu'il associe systématiquement à l'attente et à la souffrance qu'il a endossées. Il établit une distinction entre les changements corporels qui lui ont permis de ne plus souffrir de mal être, et ce qui est de l'ordre du confort de la personne comme la phalloplastie. Il explicitera son point de vue sur la non-binarité en se décalant de la diversité des représentations et en ramenant l'appréciation à la personne, et ainsi être « vu » en tant que lui-même.

Pour le second type de dire, il a recours a des unités de significations minimalistes, et sonores courtes, n'engage pas d'affect et de représentation à suivre. Il s'en tient là de ses réponses. Ce témoignage du lien entre nos questions et sa position subjective se manifeste lorsque nous posons une question relative aux éprouvés corporels (corps assigné à la naissance, changements pubertaires, modifications chirurgicales). Il partage sa difficulté à qualifier son corps dans le discours « je ne sais pas quel terme utiliser mais ce n'est pas le bon… ». Les modifications corporelles rendent compte d'un parcours accompli et complet renforcé par l'intensité du déterminant du nom « toutes » pour actualiser les opérations qu'il a choisies d'engager (« toutes les chirurgies possibles »).

Victorus reste dans des réponses au plus près de nos questions, sans se saisir de la parole pour associer ou amener de nouvelles propositions sauf à la toute fin de l'entretien où il introduit, avec une locution conjonctive de subordination, « même si je n'ai jamais de relations… » (sous-entendues romantiques), cela est secondaire à son bien-être.

PORTRAIT N° 6 : RONAN

Ronan est un garçon trans de vingt ans ; il se définit dans une identité de genre binaire. Il est actuellement étudiant en deuxième année d'école de design dans le sud de la France. Il est en couple avec un étudiant de son école. Enfant unique, il n'a pas connu son père ; il a grandi avec sa mère, son beau-père et ses grands-parents.

Les changements social et juridique de la transition sont effectués. Il prend un traitement masculinisant depuis quatre ans. Il dit être ambivalent sur l'opération du torse. Bien que plusieurs rendez-vous aient été pris avec le chirurgien, il a repoussé l'échéance et s'interroge sur cet acte qu'il trouve « mutilant ». Il a souhaité faire changer la mention du sexe à l'état civil et redemander la réédition de l'acte de naissance à l'administration pour que la mention du changement juridique ne figure plus. Il a conservé son numéro de Sécurité sociale par crainte de la complexité administrative.

Nous avons rencontré Ronan dans le cadre de la consultation Diversité de genres à la Pitié-Salpêtrière où il a choisi d'être suivi depuis le début de sa trajectoire d'affirmation. Parmi les différentes modalités de rencontre pour l'interview, il exprime son souhait du présentiel. Nous le rencontrons à notre cabinet dans une autre pièce que celle où nous recevons habituellement en raison de travaux d'électricité ce matin-là.

6.1 Le récit expérientiel

Les premières questions qu'il s'est posées enfant lui sont rapportées par ses parents « quand est-ce que ça va pousser… mais quand est-ce que ça va pousser… c'était une espèce de lubie que j'avais avant trois-quatre ans… ». Il met le souhait d'avoir un pénis en parallèle avec l'absence de positions genrées dans sa famille où les

stéréotypes et les expressions de genre n'étaient pas très prégnants « les rôles d'homme et de femme ». Il se vit comme un « individu à part entière » pas spécialement questionné par l'identité de son genre.

Le départ de son beau-père à l'adolescence, la découverte de la sexualité et de son mal-être corporel opèrent un point de bascule « vers seize ans mon beau-père est parti… j'ai commencé à me sentir vraiment pas bien… c'était le début de la sexualité… la découverte du corps… machin… ». Il prend connaissance du signifiant transidentité au décours d'une vidéo qui lui permet de donner du sens à son mal être « je souffrais qu'il y a un truc qui n'allait pas… je ne savais pas pourquoi… ».

Il ne vit pas l'apparition des règles et de la poitrine sur un mode dysphorique « j'ai tout vécu de manière très docile ». Il précise qu'il a « occulté beaucoup… comme les premières règles… juste je les ai eues… » dont il associe la périodicité à une figure masculine, celle du « géniteur inconnu qui revient ». En ce qui concerne l'apparition de la poitrine « je me demandais si c'était pas une espèce de tumeur… ». Néanmoins, le champ de la séduction, être désiré par l'autre, s'ouvre sur un mode étrangement inquiétant. C'est surtout le regard masculin qui vient le déranger « je devais sentir des regards ou d'autres garçons il devait se passer quelque chose et il y a quelque chose qui m'a fait peur et qui m'a vraiment pas plu c'est pour ça que je suis sorti avec des nanas alors que petit j'étais toujours tombé amoureux de garçons même au niveau de l'Œdipe j'étais plus enclin à séduire mon beau-père il n'y a pas trop de doute sur ça et il a cette peur terrible… ». Il formule ses interrogations sur son genre avec deux propositions qu'il articule à l'aide d'une d'opposition : la peur et l'identité masculine. Il y avait « ce terrain-là de peur qui était là à la base *mais* moi depuis tout petit j'ai eu cette identité de garçon… ».

La transition a commencé à seize ans « moi j'ai fait ma transition au moment où mon beau-père partait… c'est amusant ma mère se retrouvait seule en seconde… ». A propos du choix du prénom, il explique le soutien qu'il a reçu de l'administration du lycée, et de sa mère. Il a eu une démarche active auprès de son entourage social en imposant son choix « je n'ai pas pu l'enlever tout de suite j'ai vu rapidement que

les pronoms ça me faisaient mal donc j'y suis allé un peu en rentre dedans… ». Les débuts de son affirmation s'accompagnent d'un surinvestissement masculin qu'il analyse à postériori de la façon suivante « oui… c'est ça et ça me permettait de prendre le rôle de l'homme viril un peu grande gueule carrément macho… en seconde avant la transition j'étais… mais une enflure terrible terrible… j'avais des choses à prouver mais je me suis calmé… ».

La sexualité l'interpelle et lève le voile sur ce qu'il formule ainsi : « on a fait l'amour comme on a voulu il m'a pénétré mais du coup l'effet pervers c'est que… en étant reconnecté à mon corps (…) ça me ramène toutes les casseroles que je me traîne depuis des années où j'essayais de ne pas regarder mon corps mais il est là… ». Il repère « la peur du désir de l'autre » masculin, et parle de l'affect de la honte. Sa jouissance physique est empêchée si l'autre le regarde. Sans en dire davantage, il poursuit brièvement sur ses introspections autour du regard de l'autre masculin qu'il retrouve dans sa pratique artistique. Il fait le lien avec l'analyse transgénérationnelle, – qu'il aborde en employant un présentatif « c'est en discutant avec ma mère ». Il évoque deux figures masculines, celles de son ex-beau-père (sa mère lui a demandé « de partir » de la maison) et de son grand-père maternel – ainsi qu'une « dinguerie » d'accusation de harcèlement sexuel (du grand-père sur le beau-père).

Ronan évoque le rapport à son corps et sa procrastination au sujet de l'opération de la poitrine. La rencontre amoureuse (avec son compagnon actuel) réactualise la question de la torsoplastie que nous avons évoquée en introduction « il y a juste une forme de mutilation qui est très bénéfique normalement ». Il pointe l'ambivalence du rapport à sa poitrine. S'il peut s'en affranchir en se promenant torse nu devant ses amis en forêt, porter un binder « c'est chiant aussi ». Il questionne l'acceptation esthétique et éthique de ses seins (dans la vie quotidienne, sexuelle), et met ce point en perspective avec la féminité dans sa famille et la figure masculine qui demeure menaçante, voire dangereuse. Il reprend le fil depuis quatre générations (depuis l'arrière-arrière-arrière-grand-mère jusqu'à sa mère) qu'il décrit comme « très très féminine », se maquillant de plus en plus avec les années « mais par contre qui a une sorte de virilité mentale très sûre d'elle… elle a plein de faiblesses mais pas

angoissée du tout quelque chose assez libérée et moi du coup qui rejette toute féminité on fout tout au placard et mentalement c'est un peu bizarre… ». Il souligne la filiation « je trouve des causes un peu partout de ma condition et à chaque fois ça saute une génération du coup dans ma famille il n'y a quasiment pas d'hommes… ».

6.1.1 L'enjeu vital de la masculinisation

S'il admet comprendre intellectuellement et émotionnellement la non-binarité, il souligne que le concept souffre d'un manque de représentation dans la littérature et les arts, et que « tout le monde doit vivre ce qui s'est passé par rapport à l'homosexualité à un moment ». Des enjeux différents semblent se dessiner entre « mixer des attributs masculins et féminins » (maquillage, vêtements) et « l'identité elle-même profonde où là moi j'ai besoin de me raccrocher à quelque chose de très très sûr… en fait c'est ça… ». Ce point de capiton, qu'est la masculinité, est mis à mal par son histoire familiale où la féminité est vue comme une vulnérabilité « j'en ai souffert au début de la puberté dès que j'ai commencé à avoir peur… ».

Cette angoisse, et ses aménagements phobiques, ont cédé « à partir du moment où j'ai eu mes hormones… mes cheveux je les avais coupés ». Le changement de voix lui a apporté de l'assurance ; il a pu rompre avec une relation amoureuse toxique avec une fille. Néanmoins, une étrangeté persiste « j'ai mué très vite je n'ai pas eu le temps de m'y habituer des fois je ne reconnais pas ma voix ou je ne sais pas si j'ai la voix plus grave que d'autres… ». L'apport en pilosité et les modifications de la stature l'ont étayé. Il ajoute « oui les hormones ça m'a sauvé la vie… ».

Ronan associe librement à partir du signifiant « naissance ». La mention de la catégorie masculine sur les papiers d'identité lui apporte un confort indéniable, et lui évite d'avoir à *se* justifier (pour entrer en discothèque ou passer les frontières de l'hexagone). Toutefois, ce changement est empreint d'une « honte notoire… parce que c'est assumer qu'il y a un changement à faire et moi j'ai pas supporté… ». Le changement à l'état civil se superpose au remaniement de sa position subjective « là je deviens mon propre individu… je ne suis plus l'enfant de… je suis ça et assumer ça c'est pas facile je ne sais pas trop pourquoi il y a une peur et qui est revenue ces

dernières années une peur ». L'acte de naissance ne mentionnant pas le changement de genre, cela lui permet de passer sous silence l'*outing*.

La préservation de fertilité est un sujet qui le concerne « j'y ai réfléchi parce que je suis là avec un homme cis donc il y a des possibilités d'avoir un enfant naturel ». Il évoque la possibilité, qui lui est rappelée régulièrement par son copain, de porter naturellement un enfant. Il trouve cocasse d'aller tous les deux mois acheter un test de grossesse « c'est chouette dans l'idée d'avoir des enfants biologiques si je reste avec des garçons celui là ou un autre… dans l'idée dans la pratique c'est plus compliqué… ».

Ainsi, le signifiant trans/transgenre reste pour Ronan une « faiblesse », voire une honte « très très forte de cette identité-là… ». L'identification à une personne trans semble l'enfermer dans une position subjective vulnérable « pour moi la sexualité et l'identité de genre c'est pas le cœur de la vie… il y a pas mal de trucs à côté et de ne parler que de ça tout le temps… de n'être que ça… ça m'a fait chier je n'ai pas réussi… ». La privation de l'organe pénien à trois-quatre ans, le départ de son beau-père, la découverte de la sexualité, la puberté vécue sur un mode pathologique, le conduisent à dire qu'il a une honte « très très forte de cette identité-là… » d'être trans. Il repère un paradoxe : une position idéologique conservatrice en matière d'identité de genre et le fait que de s'affirmer dans une position masculine lui ait sauvé la vie.

6.2 Éléments de discursivité

6.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[168]

Après quelques échanges conversationnels (le confinement et son cursus d'études) et la présentation de notre étude, Ronan nous demande s'il y a un ordre à respecter dans les questions ce à quoi je réponds par la négative, l'invitant à parler au selon son fil associatif de pensée. Il entre dans l'espace de la représentativité en se référant à la réflexion de ces dernières années qu'il a eue sur ce qu'il nomme sa « condition humaine » en attrapant le fil romantique de ses rencontres. Et notamment la rencontre avec un homme qui semble faire exception dans ses relations. Cette liaison amoureuse fait écho à un autre lieu, celui du corps, avec une effraction psychique qu'il narre avec une scène de pénétration vaginale. Il distingue l'aménagement psychique voire phobique avec les affects de la peur du désir de l'autre, et de la honte de lui-même.

L'espace de l'entretien ouvre ainsi un fil transgénérationnel à partir de la position de sa mère où il situe sa peur des hommes associée au départ du beau-père suite à une accusation d'attouchement du grand-père paternel (sur le beau-père). Il remonte jusqu'à sa petite enfance (trois-quatre ans). Il parle d'une voix posée un long moment (l'équivalent d'une page retranscrite) dans un débit dense qui ne laisse pas l'opportunité de l'interrompre, et dans une angoisse palpable.

Nos interventions sont furtives et actent de la relance d'une idée ou d'une demande de précisions telles que « votre grand-mère maternelle ? », « par rapport à l'opération ? », « qu'est-ce qui est chiant… le regard ? », pour en savoir plus sur le roman qu'il écrit, pour connaître les représentations sublimées de ses personnages et la forme narrative qu'il a choisie.

En explorant ses peurs, Ronan pointe la dimension imaginaire du regard de l'autre « même si on me dit rien… j'ai peur… c'est une peur qui n'a pas trop lieu d'être car je n'ai jamais eu trop de problèmes je ne suis pas non plus je peux me défendre

[168] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie car l'analyse de l'entretien ne permet pas de les distinguer.

mais c'est une peur qui a commencé quand j'étais jeune ». L'appui du milieu associatif ne lui a pas semblé nécessaire car «… voir d'autres trans… j'ai l'impression que ça me ramène à un mensonge je suis le pire transphobe au monde sur certains points et y'a un rejet que je fais… pourquoi… », « c'est pour ça que je traîne pas dans les communautés LGBT ». Cela lui a valu quelques altercations avec des personnes concernées qui souhaitent que la dysphorie de genre soit retirée du DSM « eux voulaient sortir ça du bouquin des maladies psychiques et psychiatriques… moi… une condition qui fait souffrir… qui demande un traitement médicamenteux et qui permet que les traitements et les opérations chirurgicales soient remboursés… de le sortir non… je trouve ça idiot je ne comprends pas le débat c'est comme ça les schizophrènes il faudrait aussi sortir ça du bouquin… c'est un débat éthique qui est important ».

A la question des représentations du genre, Ronan organise sa pensée de manière défensive. Bien qu'il comprenne d'un point de vue intellectuel et émotionnel, il dit sa réticence face « à des gens » qui se revendiquent au travers des coordonnées de la sexualité et du genre. Cela le ramène à « sa propre fragilité ». Il associe volontiers à d'autres moments de l'interview la féminité avec la vulnérabilité (la peur) qu'il a ressenti fortement à la puberté notamment dans l'espace public. Les hormones et les cheveux sont décrits comme ayant joué un rôle contra-phobique. La rencontre amoureuse récente est venue rouvrir cette phobie. Il associe la référence cinématographique de *Répulsion* de Roman Polanski.

Nous investiguons un point qu'il n'aborde pas avec la non-binarité. Eu égard à la préservation de ses gamètes, il réfère sa réponse à sa mère qui a eu des enfants à l'âge qu'il a actuellement (jeune adulte). Cette affirmation à laquelle sa mère l'a conçu est suivi d'une pause dans le flux des réponses, et suivie de sa position personnelle à la première personne du singulier « j'y ai réfléchi parce que je suis là avec un homme cis… ». Il énonce qu'il peut avoir des enfants naturels ; il articule cette phrase à une conjonction de coordination « mais on… [lui et son compagnon]… » qui marque une opposition, qu'ils y réfléchissent. Outre le fait qu'il ne veut pas porter d'enfant, la question de la descendance est enchâssée dans la réflexion plus globale de la place des enfants dans le monde actuel.

Ronan clôt l'entretien en situant la transidentité dans un débat éthique avec la remise en question de la dépsychiatrisation : est-ce qu'il y aurait une raison objectivable à sa condition et à la « souffrance psychique ». La question qu'il pose sans y répondre est apposée à la dernière phrase de l'entretien, qui le renvoie à l'intimité de son couple. Ronan parle depuis la voix de son compagnon pour faire entendre que le plaisir sexuel féminin est supérieur à celui d'un homme.

PORTRAIT N° 7 : CYPRIEN

Cyprien est un garçon trans de treize ans ; il ne précise pas son identité de genre. C'est le participant le plus jeune de l'étude. Il est collégien en banlieue parisienne. En attente d'un traitement bloqueur de puberté, il a effectué sa transition sociale en 2017 dans son cercle familial et social (au collège et dans son club de sport).

L'entretien se fait en visioconférence en présence de son père depuis son lieu de vacances. Nous rencontrons Cyprien dans le cadre de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière. Nous avons sollicité le père de Cyprien pour savoir s'il était d'accord pour que son enfant participe à l'étude. Cyprien s'est exprimé en présence de son père, présent dans la même pièce sur leur lieu de vacances.

7.1 Le récit expérientiel

L'annonce de sa préférence pour une identité masculine est adressée en premier lieu à sa grand-mère maternelle, et s'appuie sur une préférence pour les stéréotypes et les attributs masculins « j'ai dit… j'aime mieux être un garçon… j'aime mieux les jeux de garçons… je voudrais avoir de la barbe comme les garçons… ». Il complète sa phrase en disant que ni la grand-mère ni le père n'ont été surpris de son auto-affirmation. Il se définit avec le verbe d'état « être » un garçon manqué au CE1. Nous poursuivons l'échange en lui demandant quels étaient ses jeux préférés durant l'enfance. Cyprien élude la question et parle de ses choix vestimentaires qui signent le début de son incongruence de genre « je n'aimais pas les collants et les robes je préférais les pantalons… quand mes parents m'en achetaient… je n'en mettais pas… ».

7.1.1 L'identification à une personne populaire et à un idéal professionnel

Concernant l'affirmation sociale, le changement de prénom a été fait en CE2. Les appuis identificatoires dans le monde virtuel concernant le choix des deux nouveaux prénoms s'inspirent des youtubeurs populaires et d'un personnage fictif de la saga de Stars Wars (le commandant de l'Alliance rebelle). Il souligne son propre choix du prénom, affranchi de l'assentiment parental « c'est moi qui ai choisi tout seul ».

En termes de projet de transition, il livre dans une même phrase sa représentation de la masculinité vers laquelle il souhaite tendre, pour « avoir une voix de garçon et de la barbe ». Au conditionnel, il évoque la chirurgie génitale qu'il souhaiterait faire « je voudrais avoir un sexe de garçon aussi… si je peux le changer… ». Il se projette dans les Forces armées « comme métier je souhaiterais être dans les Pompiers de Paris comme par exemple conducteur de véhicules mais je ne connais pas les métiers… ». Sur le plan social, il ne rapporte aucune manifestation d'ostracisme, ni de mal-être psychique et/ou corporel « je me sentais mieux en garçon je l'ai dit à mes amis… il me traitait bien ».

Ainsi, perçoit-on un début d'énonciation dans le discours de Cyprien. Son affirmation s'appuie des stéréotypes et des expressions de genre en lien avec l'apparence physique masculine.

7.2 Éléments de discursivité

7.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[169]

L'entretien est très court. Il est composé d'une première assertion, à propos d'une éventuelle incongruence dans l'enfance autour des jeux, sur laquelle nous lui proposons de s'exprimer.

Cyprien utilise les temps du passé (imparfait et passé composé) pour revenir à sa petite enfance où il n'a pas souhaité porter des robes et des collants. Il se positionne contre le souhait des parents d'en porter. Nous prolongeons notre question inaugurale par une relance qui cherche à nous informer de la position des parents sur le refus des vêtements.

Il poursuit son récit de vie en parlant de l'annonce de sa différence à sa grand-mère, puis à ses parents en rapportant ses propres paroles dans un discours direct « j'ai dit j'aime mieux être un garçon », « je voudrais avoir », « je me sentais mieux garçon ».

Cyprien répond à la question et enchaîne une séquence dense où il narre l'annonce de sa transidentité, son identification à un youtubeur populaire, sa transition sociale dans la famille et au collège, les attentes qu'il a du traitement masculinisant au niveau de la voix et de la pilosité, et les souhaits corporels pour les parties intimes. Après une respiration, il dévoile le métier qu'il souhaite exercer.

Bien qu'il s'exprime à la première personne du singulier avec des verbes d'état, de volonté et de perception interne conjugués au futur, il lui est difficile de parler de sa propre voix pendant l'entretien. Il s'appuie sur une comparaison pour partager le métier qu'il veut exercer dans l'armée « comme par exemple soudeur », mais qu'il invalide dans la proposition suivante en disant qu'il ne connait pas les métiers.

[169] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie car l'analyse de l'entretien ne permet pas de les distinguer.

Nous l'étayons en fin d'entretien en ouvrant sur la possibilité de faire un stage de classe de fin de collège dans ce secteur-là. Cela lui permet de s'appuyer sur la figure d'un de ses camarades qui a intégré l'armée, et qui lui a partagé les postes qu'on peut occuper. Il termine l'entretien en parlant de son affiliation à un club de plongée.

PORTRAIT N° 8 : AGATHE

Agathe est une jeune femme trans de vingt-et-un ans ; elle se définit dans une identité de genre binaire. Elle est actuellement étudiante en BTS Esthétique après avoir passé une année dans une école de décoration avant le premier confinement. Elle est la seule jeune fille trans de notre étude.

Son affirmation sociale et chirurgicale est effectuée. Elle s'est tournée vers un parcours hospitalier à la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière, puis un parcours libéral. Son changement d'état civil est en cours au moment de l'interview. Elle prend actuellement un traitement hormonal féminisant, et ne souhaite pas faire préserver sa fertilité.

Plusieurs échanges par courriel ont été nécessaires pour convenir d'un rendez-vous qui a été plusieurs fois différé à son initiative. L'entretien est articulé sous forme de questions et de réponses qui s'articulent et s'imbriquent ensemble dans un temps d'échange relativement bref (une quinzaine de minutes). Agathe formule d'emblée son souhait de ne pas s'exprimer en visioconférence. Elle se justifie en disant qu'elle n'est pas très à l'aise avec les questions et propose d'échanger par téléphone.

En début d'entretien, elle se montre assez défendue et propose de différer l'échange. Nous acceptons et lui proposons de nous recontacter à sa convenance. Finalement, elle se ravise. L'entretien dure quinze minutes. Elle nous fait part du peu de temps dont elle dispose, et se propose de nous transmettre des sites d'informations en langue anglaise et des forums sur lesquels elle est active pour avoir notre avis professionnel « vous me dites si ça vous intéresse c'est pas simple… si vous voulez je peux avoir trente minutes devant moi ».

8.1 Le récit expérientiel

Les premiers questionnements autour de l'identité de genre s'inscrivent à partir d'un « doute » persistant « toute l'enfance ». Agathe décrit ses ressentis à l'aide des termes « d'induction » et de « gros déclic dysphorique » peu avant l'âge de la puberté entre neuf et onze ans. Nous tentons d'explorer cet affect afin de savoir ce qui la gênait pour comprendre la façon dont la question de l'identité de genre l'a traversée. Elle rabat l'interrogation du côté du vêtement « oui c'était au point de vue de l'habillement et du corps je ne voulais pas que mon corps change… ça me gênait c'était fin CM2… j'avais déjà une dysphorie légère avant mais le pic c'était neuf ans… ». Le vécu corporel douloureux est associé à un terme évoqué par d'autres personnes concernées dans notre étude, celui de l'avenir et de la projection à l'âge adulte. Dans une formule assertive qu'elle modalise la fin de sa phrase par l'adverbe quantificationnel « à minima », elle dit : « je voyais mon avenir en tant que femme ou bien être féminin à minima ».

8.1.1 Rester androgyne

Le préambule de l'entretien autour de sa place dans la communauté associative trans a permis d'ouvrir la conversation. Nous l'avons ainsi invitée à préciser où elle en est de sa trajectoire, et les questions qu'elle a traversées. Elle répond « très bien… ce sont aussi le genre de questions que je fais… aussi je suis engagée dans la communauté scientifique anglo-saxonne sur le sujet… », et précise que certains militants donnent une mauvaise image de la communauté « ça peut être le passing extrême ou le militantisme qui créent une mauvaise image… ». Agathe évoque ensuite son parcours scolaire et le BTS qu'elle entreprend après des études de décoration, cursus interrompu pendant le premier confinement « là j'aime bien… ça débouche plus facilement sur un métier donc c'est motivant… ».

Concernant la vie sociale, et le regard de ses pairs, elle trouve une solution pour répondre à son désir de féminisation « au collège j'ai tenté d'être androgyne mais ce n'était pas très accepté j'ai grandi dans le 95… » et « au lycée… le fait que je voulais changer mon corps… je le disais à mes amis très proches… oui ». Agathe

distingue un avant/après l'affirmation. Elle pointe ce qui constitue le réel du corps sexué « je le dis si on me pose la question et si une amitié s'engage mais je ne suis pas obsédée à l'idée d'être une vraie femme… j'assume ma génétique et que j'ai eu une vie passée comme garçon… ». Cette partition, et ce qui représente pour Agathe une « vraie » femme d'un point de vue réel et imaginaire, est reprise lors d'une de nos questions sur la non-binarité « j'ai du mal à croire en la non-binarité… oui je me dis être une fille trans… socialement fille oui… ou femme trans… ». Elle explique la non-binarité comme « un effet de mode qui touche surtout les FtM[170] ».

A l'âge de 15 ans, sa famille apprend qu'elle prend une pilule progestative achetée « sur le marché noir » et lui propose de rencontrer un professionnel·le de santé du secteur public pour l'accompagner. Sa détermination et son désir portent sur la prise d'un traitement hormonal féminisant, les opérations chirurgicales du visage et la poitrine « c'était simple… je savais déjà ». Les délais de prise en charge l'orientent finalement vers un parcours libéral pour la prescription d'hormones et la féminisation faciale « c'est une combinaison de plusieurs opérations pour la chirurgie des maxillaires du menton de la lèvre et du front donc j'ai fait ça en Belgique avec le docteur… ». Cette intervention précède une augmentation mammaire quelques semaines après notre échange « mon parcours me convient très bien… je considère mon parcours comme terminé à 90 % ». L'éventuel recours à la chirurgie génitale ne lui semble pas pertinent, et ne répondrait pas à une souffrance intime « je n'ai pas forcément une dysphorie génitale qui est très forte et puis… l'idée de faire des dilations en post opératoires ça ne donne pas envie… ».

8.1.2 Être dans la norme

Sur la discrimination et le rejet social, elle soutient que « pour bien passer » c'est à la personne concernée de faire des efforts. Il faut être normale « j'ai des axes de transition qui sont normaux si vous voyez ce que je veux dire… ». Nous n'avons pu explorer cette représentation de la norme. Elle rapproche ce point de l'ostracisme

[170] Féminin vers masculin.

social du militantisme, « qui crée une mauvaise image » des personnes concernées. Il existe des normes ajoute-t-elle.

Concernant son souhait de préserver sa fertilité, elle avance que l'obstacle principal est de détransitionner, c'est-à-dire de cesser le traitement hormonal féminisant, pour retrouver des érections et recueillir les gamètes. Nous ignorons quels affects elle associe à un éventuel arrêt des hormones sexuelles féminisantes. Agathe ne se vit pas comme militante, mais comme une personne concernée impliquée et active dans la communauté scientifique internationale « là on peut se permettre d'étudier la transidentité de manière plus précise entre guillemets… ». Pour elle « il n'y a pas le poids militant derrière ». Elle nous envoie plusieurs liens de sites du milieu anglo-saxon et précise que le contenu « n'est pas très aimé par les militants… on ne juge personne… ».

Ainsi, Agathe livre en pointillé sa subjectivité. Certaines de ses réponses suivent un cheminement de pensée rigide qui pourrait laisser penser une difficulté dans les habilités sociales. Son mal-être l'enjoint à répondre à la douleur corporelle par le déni de sa puberté vers l'âge de 10 ans « j'ai tenté d'être androgyne » et par l'automédication d'hormones féminisantes. En termes d'énonciation subjective, elle dit « être une fille trans socialement fille oui… ou femme trans… ». Agathe est une jeune qui a sollicité un accompagnement auprès de l'équipe de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière ; nous ne l'avions jamais rencontrée avant l'interview.

8.2 Éléments de discursivité

Lorsque l'échange téléphonique débute, elle prend d'emblée une place en miroir pour nous faire savoir qu'elle est impliquée dans la communauté scientifique anglo-saxonne sur la transidentité. Elle nous propose d'envoyer des liens pour accéder à des ressources en ligne « vous me dites si ça vous intéresse… ».

8.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[171]

Avant de répondre à notre première question, elle réduit le format de l'entretien de moitié (à 30 minutes) et enchaîne sur les premiers signes de mal-être avant la puberté. Nous percevons un ajustement difficile dans la cognition sociale. Face aux questions ouvertes que nous posons obtenir un complément d'informations, Agathe répond par l'affirmative « oui c'est ça » « ça s'est bien passé » ou des réponses plus évasives lorsque nous nous enquerrons du point de vue de ses parents « ça dépend des gens ». Elle précise les différentes féminisations du visage et du corps qu'elle a souhaitées engager.

Elle parle d'un effet de mode à propos de la non-binarité chez les jeunes transmasculins. Elle dit ne pas s'identifier, ni fréquenter la communauté LGBTI+, et fait référence au milieu scientifique trans international dans un lien transférentiel avec nous « comme ce que je vous ai envoyé… là oui [elle est militante] ». Cet espace, sur la scène internationale, lui semble congruent pour être active et « étudier la transidentité » dans une proposition qu'elle exprime de façon injonctive « jetez un œil au lien que je vous ai envoyé ». Elle énonce à travers cette affiliation une position : l'auto-détermination dans le parcours « peu importe les motivations… ».

Agathe formule la difficulté qu'elle a à s'exprimer ; il y a de « choses importantes » mais elle ne sait pas quoi dire de plus sur la transidentité. Elle amène la notion de normalité en pointant que le passing extrême et les positions militantes induisent une mauvaise image de la transidentité.

[171] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie car l'analyse de l'entretien ne permet pas de les distinguer.

PORTRAIT N° 9 : ANAËL

Anaël est un jeune homme de dix-neuf ans ; il ne se définit ni trans ni transsexuel mais comme une personne née dans le mauvais corps. Il vit avec son frère cadet et ses deux parents à Lyon. Il a terminé le lycée, et a fait un service civil en qualité de pompier bénévole. Il souhaite s'engager dans l'armée.

Son affirmation sociale et chirurgicale (torsoplastie) est effectuée. Il prévoit à court terme une opération génitale. Il n'a pas souhaité préserver ses gamètes car son patrimoine génétique ne lui permet pas d'avoir des enfants biologiques avec la personne qui sera sa « future femme ». Il prend actuellement un traitement masculinisant.

Nous rencontrons Anaël au téléphone dans le cadre du recrutement de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière ; nous ne l'avons jamais rencontré avant ce jour.

9.1 Le récit expérientiel

Il situe le vécu d'une différence « très très jeune », au niveau du comportement, de l'habillement et de la coiffure « ça s'est fait assez naturellement ». Il l'exprime en refusant de porter « des trucs de fille ». A partir du CP, il porte des vêtements de garçon contre l'avis de ses parents. Son père le qualifie de « garçon manqué », et rappelle à l'entourage social le sexe de naissance de son enfant « c'est jamais passé pour lui ».

Sur le plan corporel, la puberté l'a amené à cacher « les choses… le plus possible… ». L'autoperception de sa transidentité vient plus tard en classe de cinquième ou de quatrième « donc j'ai mis beaucoup de temps à découvrir qu'il y avait des gens comme moi parce que je n'ai pas été éduqué… on ne m'en a jamais

parlé la transidentité s'est pas trop développé… je n'étais pas renseigné sur ça en fait ». C'est lors d'une émission de télévision où il a vu « des gens comme ça… et déjà ça m'a un peu rassuré parce que je m'y retrouvais plus dedans… ». Son médecin traitant l'oriente vers un psychiatre qu'il voit pendant huit mois « il n'avait pas les compétences pour… donc il ne faut pas accepter des patients quand on ne connaît pas et puis ce n'était vraiment pas des séances agréables ou autre donc ça m'a mené à rien… ». La prise de rendez-vous à la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière a suivi une émission télévisée qui visibilisait la prise en soins. Le parcours de soins et la prise d'hormones ont réalisés « très longtemps après » (en première au lycée) puisqu'il a dû « repartir de zéro… ». Il ajoute qu'étant très sportif les changements corporels étaient moins perceptibles. Que ce soit les hormones ou le port du binder, il insiste sur la lenteur des délais de prise en charge hospitalière.

9.1.1 Un enjeu vital

Trois ans après avoir commencé le traitement hormonal masculinisant, il revient sur les bénéfices de la testostérone à propos de sa voix qui désormais entre dans les codes sociaux et la normalité. Il pointe toutefois un écart avec son corps qui est sous le joug du regard social « je ne me sentais quand même pas à l'aise ». *In fine*, il s'accorde à dire que les modifications corporelles le mettent à l'abri de devoir se justifier « je peux passer incognito comme je dis… partout… ».

Le changement de prénom a été fait en classe de première. Il a modifié l'orthographe de son prénom de naissance après avoir demandé à ses parents comment ils l'auraient appelé s'il était né garçon. Ces derniers choisissent les deux autres prénoms qu'il met pour la transition administrative sociale. Anaël commente cette démarche en comparant la transition sociale au choix du prénom de naissance « comme si ça se passerait en vrai… ». A propos de sa transidentité, il précise établir une différence entre le corps et la psyché « je peux être transgenre physiquement mais pas mentalement », ce qui lui fait dire qu'il n'a jamais été une fille d'un point de vue imaginaire, c'est qu'il ne s'est pas comporté comme une fille et ne s'est jamais senti fille. Il est né dans le mauvais corps avec une « malformation

physique », « on n'a pas le même ressenti que ces personnes transsexuelles j'ai vraiment ce ressenti d'être né dans le mauvais corps et d'avoir eu une erreur lorsqu'on a grandi lorsqu'on s'est développé alors que les personnes transsexuelles je pense qu'ils ne le ressentent pas comme ça ». Ce ressenti date de la petite enfance et non de la puberté « les gens ont toujours pensé que j'étais un garçon parce que je réagissais comme… et j'avais le même comportement ce qui était pour moi un comportement naturel en fait déjà… ». Il associe les jeux sportifs aux représentations masculines : le basket, le tennis, l'équitation... Il a dû arrêter la sélection en équipe de France « c'est comme si on mettait une fille au milieu de garçons… elle ne se sentirait pas à sa place… ».

Malgré la lourdeur du protocole qui oblige à suspendre la prise d'hormones, il souhaiterait avoir un enfant biologique. Il fait référence à la filiation, aux yeux verts dans sa famille depuis trois générations et à la ressemblance des visages de sa famille, tout en déplorant que la science n'offre pas la possibilité d'une procréation non médicalisée aujourd'hui.

9.1.2 L'acceptation familiale fragile

Son père pensait qu'en grandissant, il allait changer d'avis sur l'affirmation de genre. L'acceptation paternelle est récente, et est le fruit d'un travail commun avec une pédopsychiatre de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière. Son frère aîné partage l'avis du père et ne souhaite participer aux consultations avec la professionnelle de santé psychique pour l'accompagnement familial. Le sujet reste toutefois « conflictuel », voire « explosif » entre le père et le fils.

Par ailleurs, il a dû affronter « beaucoup de harcèlement », « d'insultes transsexuelles » alors qu'il n'avait engagé aucun changement. Anaël confie ne pas être toujours à l'aise avec son corps, et attendre impatiemment l'opération génitale avant de rentrer dans l'armée de l'Air « les gens comme moi dans l'armée se font vraiment frapper fort par les camarades parce qu'ils ne sont pas acceptés ». Cet ostracisme lui est confirmé par des témoignages de militaires dans sa famille et les retours d'expérience de l'endocrinologue, et corrobore son expérience de pompier volontaire. Il termine l'entretien par son souhait le plus intime pour les années à

venir « vivre le plus naturellement possible ». Après avoir caché les formes de son corps féminin pubère sous des vêtements, Anaël saisit la possibilité d'une affirmation masculine grâce à la visibilité médiatique de la transidentité. Il ne souscrit pas au signifiant trans ni transgenre car il ne s'est jamais ressenti « fille » comme nous l'avons mentionné ci-avant. Être trans, c'est selon lui « être né fille », et avoir fait une transition masculinisante.

Ainsi, Anaël s'identifie à d'autres pairs partageant sa différence « les gens comme moi » ou « des cas comme moi ». Cela semble être sa façon d'exprimer sa cruauté internalisée « d'être né dans le mauvais corps ».

9.2 Éléments de discursivité

Il se saisit de la parole dès le début de l'échange pour demander que nous lui posions des questions directes, faute de quoi il ne saurait pas par où commencer son récit.

9.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[172]

Nous lui proposons de situer le cadre temporel du questionnement et/ou du parcours d'affirmation. Il répond en utilisant le pronom personnel « moi » apposé à un présentatif au passé dans une dénégation pour dire que l'incongruence de genre a commencé pendant la petite enfance et non à la puberté. Il s'appuie sur un verbe d'état conjugué au passé « c'était » pour les habits et la coiffure. Afin de guider l'entretien, nous l'invitons à s'ouvrir de la position de ses parents face à ses demandes de changements de vêtements et de coiffure. Il rapporte l'acception difficile de son père depuis les paroles de sa mère « ma mère a essayé de raisonner mon père » et celles du médecin de la consultation qui « a fait un gros travail avec lui ».

[172] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie car l'analyse de l'entretien ne permet pas de les distinguer.

A la relecture, on relève une alternance de réponses très brèves « oui c'est ça oui ça explosait » lorsque la demande d'informations porte sur des situations conflictuelles (en famille), douloureuses (harcèlement scolaire, rejet, stigmatisation). La qualité de ses réponses défensives alternent avec des réponses plus étoffées, prises dans une pulsionnalité plus calme. Le rythme des réponses s'apaise lorsque nous lui proposons de parler de ses souhaits de changements corporels. Il raconte un temps d'identification avec d'autres personnes concernées, et sa démarche que sa mère a soutenue. Un point de bascule s'opère lorsqu'il évoque le bénéfice des hormones et de la torsoplastie, ainsi que la perspective de l'opération du bas. Il dévoile sa position personnelle et un insight qu'il n'avait pas manifesté jusqu'alors. Il dit moins souffrir du regard des autres « passer incognito » et « ne plus avoir à se justifier ». Il ne souhait pas être visible dans un groupe de parole ; il utilise des expressions qui atténuent la souffrance relative à la différence « on essaie d'oublier ça ».

Le choix professionnel qui l'anime, intégrer l'armée, lui renvoie avec violence la stigmatisation et le poids d'une normativité incisive qu'il met en mots à plusieurs reprises avec « les gens comme moi », « il ne faut pas que ça se voit », « vivre normalement », « je ne me sens pas normal ». Parler de son projet professionnel, c'est se confronter à la discrimination qu'il a vécue en tant que pompier volontaire (il s'est fait *outé* par un médecin de la caserne auprès de ses pairs). La réécoute de l'entretien nous fait entendre un léger trouble dans sa voix. A ce moment précis de l'entretien, nous l'étayons, en convoquant une personne secourable qu'il avait évoquée (un de ses tuteurs à la caserne qui lui donne des contacts bienveillants parmi les pompiers) « en tout cas lui a pu vous soutenir… ». Nous poursuivons avec une question ouverte pour qu'il s'exprime sur la façon dont il se définit. Ce sera pour Anaël l'opportunité de s'expliquer longuement, à grand renfort de conjonctions simples (donc, parce que…), de son ressenti subjectif.

Il concède à dire qu'il peut être trans uniquement physiquement (versus mentalement), et balaie toute part de féminité en lui. Anaël sollicite l'appui imaginaire des parents dans l'échange relationnel « vous pouvez demander à mes parents… ». Il s'appuie sur notre demande d'informations relative à la terminologie

des personnes concernées « pour revenir à votre question pour réfuter le terme « trans » (il le répète deux fois la même phrase). Il pathologise son discours pour évoquer une « malformation » de naissance.

L'entretien se termine sur son souhait réitéré de se fondre dans ce qu'il appelle la norme : « pour encore une fois… vivre le plus naturellement possible. ».

PORTRAIT N° 10 : MADELIN

Madelin est un garçon transgenre de vingt ans ; il se définit dans une identité de genre non-binaire. En 2017, après une violente dispute avec sa mère, alors qu'il sort d'une réunion d'autosupport dans une association pour les personnes concernées, il est conduit aux urgences pédopsychiatriques de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Après plusieurs semaines d'hospitalisation, il lui est proposé un rendez-vous dans une consultation dédiée à la prise en soins de la transidentité avec une professionnelle de santé psychique.

Il prend actuellement un traitement hormonal masculinisant ; il a effectué une affirmation sociale il y a plusieurs années. S'il avait le budget nécessaire, il se ferait opérer de la poitrine.

Nous le rencontrons en présentiel dans le cadre du recrutement de la consultation Diversité de genres à la Pitié-Salpêtrière. Nous ne l'avons jamais rencontré auparavant.

10.1 Le récit expérientiel

Madelin différencie les « questions importantes » autour de la puberté « à partir de quatorze-quinze ans » (en fin de classe de seconde) du moment où il a mis « *le* mot dessus ». Nous soulignons l'emploi de l'article défini au singulier (le) pour la représentation de sa transidentité. Il précise spontanément que les questions surviennent en négatif de la rencontre avec les jeunes filles de son internat « en fait je ne me posais pas trop de questions mais j'avais créé un très gros décalage avec les gens de ma classe ». A ce moment-là de sa trajectoire, Madelin ne se questionne pas particulièrement ; la vie en communauté non-mixte renforce la conformité avec le genre auquel il a été assigné à la naissance « j'ai essayé de ne pas trop les déranger… ». Il essaye de correspondre aux stéréotypes et expressions de genre, et

de se caler sur la vie du groupe « j'ai essayé encore plus d'enfouir à cause d'elles ». La transition psychique qu'il nomme « transition inconsciente » dure trois ans (le temps du lycée).

10.1.1 La rencontre avec la professionnelle de santé psychique

Il trouve une écoute et une reconnaissance de son genre masculin auprès de la professionnelle hospitalière « elle m'a vu… le docteur… sa mâchoire s'est décrochée… elle m'a vu… je sortais des cours donc je n'y suis pas allé sur mon trente-et-un ou quoi… j'y suis allé comme ça [il montre son sweat à capuche]… ». Il se réapproprie les paroles de la pédopsychiatre pour étayer sa position masculine « elle me dit que je ne sais pas… ce que m'a décrit votre mère mais elle est à dix mille lieues je crois elle m'a dit ce qu'elle avait dit et je n'ai jamais été comme ça j'ai peut-être eu des couettes quand j'avais trois-quatre ans et encore mais c'est tout… on en rigole encore ».

Il se saisit de l'acceptation progressive et du temps psychique qu'il a fallu à sa mère pour dire un mot de la position d'autres parents rejetant dont il a eu vent : « il a fallu trois ans… et encore y'a des gens il faut dix ans il y a en qui galère ils doivent rompre avec leur famille moi j'ai très peu… en vrai j'ai beaucoup provoqué justement pour faire avancer les choses ». Il narre une rencontre qui fait exception à la transphobie et au rejet familial – avec les parents d'un de ses ami·es qui lui ont proposé leur soutien « on était chez quelqu'un on a passé la soirée là-bas et il m'a renvoyé un message en inclusif en me disant si tu as besoin d'aide on est là… ah ben d'accord… vous êtes les seuls parents que je rencontre dans tout ceux que j'ai croisés… ».

Son identité masculine s'est étayée du lien transférentiel avec la docteure qui l'accompagne à l'hôpital. Cet appui a permis, outre l'accès aux hormones sexuelles qu'il souhaite prendre dans plusieurs années, d'accompagner sa mère dans l'acceptation de sa transidentité « j'ai rencontré le docteur mais pas parce que je voulais l'accès aux hormones au début je lui ai dit je viens vous voir pour apaiser les choses avec ma mère mais je ne veux pas avoir d'hormones elle m'a dit bon d'accord je te comprends… ». Il revient à plusieurs reprises sur le sentiment d'avoir

été entendu dans son projet de vie, et respecté « le docteur est contente… elle m'aide à faire mes dossiers j'aime beaucoup ce médecin et quand je parle de l'intégralité de la personne c'est ça… quand je la vois une heure on discute de tout et de rien mais la transition… est-ce que ça va… oui oui et après on parle d'autres choses et juste ça c'est extraordinaire parce que… à chaque fois que je la vois j'aime parler… on ne parle pas trop sauf si ça se passe mal avec ma mère… ». Il prend la mesure de la rencontre qu'il a faite lors de son hospitalisation « si j'avais dû aller en privé je ne me serais pas amusé à aller voir… chercher un médecin partout… là ça c'est fait comme ça… ».

10.1.2 Être soi-même et avoir un bon passing

La différence lui revient avec le regard des filles de l'internat « elles faisaient que dire… tu es bizarre etc. et moi je n'en avais pas conscience… je vivais en tant que moi-même… ». Nous lui demandons de préciser sur quel point porte l'ostracisme de ses pairs « j'avais commencé à me couper les cheveux… je m'habillais pas normal quoi ». Il se perçoit comme ne partageant pas les codes du groupe « c'est elles… qui me disaient que j'étais bizarre… ». L'emploi du présentatif appuie ce qui lui revient de l'autre social « elles avaient un peu une dent contre moi… en fait il y avait un look qui ne leur plaisait pas et pour elles ça leur posait un problème… ».

Madelin semble navetter entre son autoreprésentation masculine et les attentes de sa mère « je passais super bien à quatorze-quinze ans… on disait bonjour jeune homme… ma mère en avait marre… après ça a été plus compliqué parce que je faisais des mixtes pour être tranquille… ».

En 2017 Madelin annonce, à deux reprises par écrit, sa transidentité à sa mère. Il s'en suit une fugue d'une journée, puis la prise de rendez-vous dans une association trans « elle a accepté d'y aller mais en fait c'était pour me descendre et elle a fait un grand mélodrame et on m'a demandé de sortir de la salle… » (c'est à la suite de cet épisode qu'il est conduit aux urgences pédopsychiatriques puis hospitalisé). Son coming-out se fait à la fin de cette année-là. Nous lui demandons ce qui effractait sa mère « je ne sais pas… je me demande toujours… non mais du coup j'étais la seule fille… du coup elle a tout porté sur moi… ». Un séjour thérapeutique de

rupture familiale de trois mois a suivi ce qu'il qualifie de « mélodrame » entre sa mère et lui. Sa mère rejette son affirmation, espère qu'il revoit son projet « elle était persuadée que ça allait changer quelque part… ». Madelin précise avoir voulu faire comme ses deux frères et leurs amis : « depuis que j'ai sept ans je ne suis qu'avec les garçons… », « je les imitais jusque dans la démarche… ». Un sentiment d'appartenance groupal masculin colore ses propos « quand on allait en vacances c'était les trois garçons… vraiment c'était très très fort… ». Au-delà du réflexe d'étayage infantile par l'imitation, doit-on lire une identification à un trait masculin ? Dans la petite enfance, les adultes ont tenté de renforcer les expressions de genre congruentes avec le sexe attribué à la naissance « ils ont essayé de me mettre en rose tout ça… ».

Il évoque penser régulièrement à la mamectomie ; il en parle à travers le regard de ses ami·es dont un ami trans qui lui confirme qu'avec le peu poitrine qu'il a son passing est correct « tu n'as pas trop de souci à te faire ». Néanmoins, s'il avait le temps et les moyens pour financer l'opération, il le ferait « ça ne me dérange pas trop mais je me dis que ça ne sert un peu à rien de les avoir donc autant les enlever… ». Le projet reste donc à un horizon de quatre-cinq ans « au fil du temps » dit-il.

Concernant les hormones sexuelles masculinisantes, il s'oriente avec les avis qui circulent dans le milieu trans au sujet des équipes de la SoFect[173] (aujourd'hui la FPATH). Il pense que s'ouvrir de sa non-binarité auprès du pédopsychiatre va retarder l'obtention d'un traitement masculinisant « mais j'étais persuadé que si on disait qu'on était non-binaire on était recalé donc j'ai… je vais dire à tout le monde je suis non-binaire même si je suis vraiment non-binaire comme ça ils vont me mettre un délai hyper long ».

Au final, il diffère son projet de six mois car il n'est pas prêt à prendre un traitement masculinisant même à faible dosage. Il conclut en disant s'être senti écouté et respecté dans sa demande. Le bénéfice des hormones est teinté d'ambivalence ; la

[173] La chartre de la SoFect propose un délai de deux ans avant la validation d'une éventuelle chirurgie.

pousse des poils a été très, voire trop rapide. Il souligne que le traitement lui a apporté une amélioration sur le plan thymique et de l'épanouissement personnel. Toutefois, il relève un affect de tristesse lié à la prise de testostérone « je suis moins mal qu'avant… je ne suis pas pire mais pas plus heureux ni moins triste je vis avec… ». Pour Madelin, cette démarche a écarté une peur, consubstantielle de son identité féminine, « tout ce nouveau regard… en fait tu peux sortir sans avoir trop peur juste en transitionnant… en ayant accès à autant de privilèges… que… rien que se balader à Paris quand je vais prendre mes rendez-vous pour voir le docteur ou juste comme ça que j'ai peur dans le métro… là j'y vais normal je me sens bien est-ce qu'il va m'arriver quelque chose je suis serein mais en même temps je me dis c'est vraiment triste d'en arriver à penser comme ça ». La position féminine semble induire une très forte vulnérabilité dans la cité « les gens ne se sentent plus en sécurité alors quand tu es une fille c'est encore pire… ».

Nous l'invitons à parler du choix de son prénom utilisé depuis 2011 – qu'il a effectué avec sa mère. Il a gardé la première syllabe de son prénom de naissance et a pris en compte l'orientation religieuse de sa famille « je suis issu d'une famille catholique… enfin catholique musulmane mais ma mère est catholique… et j'ai voulu avec un saint derrière parce que c'était plus simple d'avoir un prénom français derrière… et pour s'élever au niveau social car… quitte à changer de prénom autant s'élever socialement… j'y ai beaucoup réfléchi donc du coup j'ai choisi Madelin c'est un peu long j'avais choisi pas mal de prénom mais j'ai pris celui-là… après j'ai demandé à ma mère avant si elle était d'accord… ça sonne bien… elle était d'accord et dans le milieu catho ça passe bien… dans tous les milieux… »[174].

10.1.3 Être respecter par les autres

Le sentiment de rejet s'exprime par le mésusage des pronoms personnels, lorsqu'il est mégenré. Madelin met cela sur le compte de l'ignorance et de la méconnaissance du grand public – être transphobe à son insu. Il ressent et perçoit de l'ostracisme au sein de plusieurs associations trans lorsqu'il annonce sa non-binarité « on nous

[174] Nous rapportons le passage en entier pour conserver le sens des propos de Madelin.

regardait en mode oulala… tu es trans mais tu n'es pas non-binaire et ben si… je suis trans et non-binaire ». Il note ainsi l'aspect normatif et le manque d'unité associative pour soutenir plus largement la transidentité au niveau social et sociétal « s'ils n'arrivent pas à se mettre d'accord on ne peut pas porter quelque chose… et aussi il y a beaucoup trop de normes dans le milieu associatif… tu en es où tu vas faire quoi… moi je vis ma vie alors là on te regarde comme un extra terrestre… soit on te pose plein de questions et tout… ». Cela n'émousse cependant pas son désir de prendre une place dans une association « plus tard j'aimerai bien rentrer dans une association parce que c'est important mais ils sont trop là… à se la péter… je continue… ».

La seule réponse pertinente qu'il y trouve aujourd'hui est l'aide délivrée avec l'autosupport autour des questions d'état civil, plus que « par le groupe de réunion hyper sectaire… c'est hyper compliqué en asso… tu arrives tu dois raconter alors que tu n'en parles jamais à personne… il y a des gens… moi je me définis comme ça et comme ça et avec ma famille … et après j'aime bien la cuisine… je trouve ça hyper difficile ou alors y'a des trucs s'il avait le budget nécessaire alors on parle de ça de A à Z mais on ne peut pas parler de tes questions donc tu repars avec quarante fois plus de questions tu n'as rencontré personne et tu as perdu ta journée… ».

Il partage les difficultés qu'il a rencontrées au tribunal « j'ai dû me battre à la barre je ne sais pas si c'est la barre des témoins mais moi j'ai l'impression qu'on est plus à la barre des accusés parce que tu as quatre personnes qui te regardent de haut… » où le juge demande des preuves médicales bien que son dossier ait été qualifié de « tangible » par le tribunal. Ainsi, il déplore la lenteur administrative pour son changement de prénom à la mairie ; il souhaite s'inscrire en études supérieures sous son prénom de garçon. Il aborde aussi la poursuite d'études à l'étranger, de son projet professionnel dans une filière de soin avec une orientation vers le handicap et l'autisme. Il a rencontré des troubles dans les apprentissages pendant toute sa scolarité « moi je sais où je vais… il n'y a que moi qui crois en moi… ma mère ça commence… mais elle me disait pour le bac maths tu n'y arriveras jamais… oui j'ai ramé mais j'ai eu mon bac… ».

Ainsi, après s'être questionné à quatorze-quinze ans et s'être identifié comme une personne masculine à dix-huit ans, Madelin précise que son affirmation ne se situe pas dans un spectre totalement masculin, ni totalement féminin. Il est porté par des choix personnels et ses propres goûts, plutôt que par le signifiant transidentité « je suis moi… Madelin avant tout… j'adore la cuisine c'est ce qui me définit sûrement plus dans la vie que… je suis trans… ça se passe mal dans ma vie… j'ironise… ». Il se défend ainsi par le langage.

10.2 Éléments de discursivité

10.2.1 Les temps de l'entretien

La dynamique de l'entretien est donnée par l'alternance des questions et des réponses. Ce ne sont pas les temps qui distinguent de l'affirmation, le choix de l'accompagnement (libéral et/ou en milieu hospitalier), et la position personnelle comme d'autre entretien (Matthias) qui structure l'entretien. Madelin répond de façon brève à notre demande d'informations en début d'interview sur le début de ses questionnements et de la différence que le groupe social a perçue chez lui (cheveux coupés et vêtements). La structure syntaxique qu'il privilégie pour les énoncés, autour de la perception d'une différence et de ses interrogations, est amenée par la répétition de présentatifs au passé « en fait moi c'était... ».

10.2.2 La position subjective

Dès la seconde phrase de l'entretien, avec les réponses qui campent le périmètre temporel de son affirmation, Madelin introduit son exclusion à l'aide d'une opposition dans son énoncé « c'était en seconde *mais* en fait je ne me posais pas trop de questions… ». Une mise à distance lui est renvoyée par ses pairs de l'internat (de filles) qu'il traduit dans l'après-coup par « j'étais en transition inconsciente ». Il réemploie cette expression à quatre reprises pour raconter sa rencontre avec une professionnelle de santé psychique, et au fil de l'interview comme une phrase d'amorce pour se situer.

La pression sociale qu'exerce ses pairs scolaires désorganise sa parole quand il revient sur ce point précis ; il bafouille, hésite, dis ne pas trop savoir pourquoi il a été rejeté « une dent contre moi ». Il a besoin d'entourer ses énoncés d'une distance protectrice « c'est pas hyper clair… », « c'est loin dans ma tête… ». Il pointe ses pairs comme responsable de son mal-être « à cause d'elles », il essaye « encore plus d'enfouir… », « pour être tranquille ». Il tente de se conformer socialement à ce qu'il ne perçoit que dans l'après-coup.

La place de sa mère arrive, dans l'entretien, sitôt après les relations sociales dans le cadre scolaire ; il introduit l'acception difficile de celle-ci avec « j'étais en transition inconsciente… ». Madelin prendra un long temps pour développer l'hypothèse qu'il formule au sujet de l'acception douloureuse de sa mère « elle a pété les plombs… » (il était la seule fille dans une fratrie de quatre). Et s'expliquer de la rupture familiale de trois mois pendant sa fugue. Son père habite aux États-Unis ; il mentionne être allé le voir un été. La situation familiale explosive introduit une autre figure secourable avec la pédopsychiatre « ils m'ont écouté ». Madelin insiste sur l'importance de son regard et son écoute, et dans son positionnement par rapport au regard de sa mère qui le voit comme « hyper féminin ».

Ce long passage, entrecoupé de plusieurs questions dont une à propos de la non-binarité l'amène à exprimer ses propres coordonnées subjectives et à dire qu'il ne se situe pas complètement dans un spectre masculin ou féminin mais plutôt qu'il vit comme lui-même. Il ne cache pas sa consternation et son abattement sur le point suivant. Etre obligé de prendre un traitement masculinisant pour que la peur dans l'espace public diminue, voire cesse totalement. Un avant après s'entend dans son discours. Avant il baissait la tête, maintenant il s'arrête pour regarder la Seine. La voix de sa grand-mère, autre figure féminine transgénérationnelle, lui revient au sujet de la mise en garde de la vulnérabilité d'une jeune fille. Madelin souligne l'insécurité qu'il a intériorisée par rapport au sexe féminin auquel il a été assigné à la naissance.

Une série de questions, relatives à la fréquentation du milieu associatif transgenres, s'avère être un espace où il s'éprouve stigmatisé et rejeté. Il perçoit le poids du

discours « il y a beaucoup trop de normes » et de questions dans le milieu associatif trans à l'exception des groupes d'autosupport.

Dans les dernières minutes de l'entretien, Madelin partage son projet professionnel ; il souhaite s'orienter vers l'ergothérapie et plus particulièrement le handicap, après un choix initial vers le tourisme. Le soutien de la pédopsychiatre l'appuie, il confie la reconnaissance et le respect qu'il a pour elle. A la relecture de l'entretien, il nous semble nous placer un miroir de cette place-là, en valorisant le métier qu'il a choisi depuis notre place de clinicienne. Il ponctue en disant qu'il est le seul à croire en lui, et que sa mère avait douté de sa capacité à obtenir son bac ; et qu'il a traversé des difficultés dans les apprentissages « moi… je suis dyspraxique et je veux bien apprendre à d'autres… ».

La dernière question que nous lui adressons est prise dans l'étayage contretransférentiel de la stigmatisation. Nous reprenons sa demande d'être considéré pour sa singularité, plutôt qu'être épinglé sous le vocable trans, et l'étayons dans son projet de futur soignant.

PORTRAIT N° 11 : RUBEN

Ruben est un garçon transgenre de dix-sept ans ; il se définit dans une identité de genre binaire. Il est actuellement lycéen et vit au domicile familial avec ses parents et sa sœur ainée.

Son affirmation sociale, hormonale et chirurgicale (torsoplastie) est terminée.

Nous rencontrons Ruben dans le cadre de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière. Nous ne l'avions pas rencontré lors des consultations.

11.1 Le récit expérientiel

C'est à l'âge de onze-douze ans que Ruben s'est perçu différent des autres filles. Il ne se sentait pas à l'aise « dans sa peau » par rapport « à ses traits féminins ». Ruben dit qu'il ne pense quasiment jamais à son identité de genre ; aujourd'hui, tout le monde utilise son prénom et s'adresse à lui au masculin. La seule raison pour laquelle il s'identifie à un garçon est due à la « dysphorie » qu'il éprouve par rapport à son corps. Il n'a pas d'idées arrêtées sur la façon dont une personne peut exprimer son genre. Pour Ruben, le genre n'est pas forcément exprimé avec le port des vêtements ou la manière de se comporter. S'il a envie de mettre une robe ou de se peindre les ongles, ça ne remet pas en question « le fait d'être un garçon ».

L'annonce aux parents s'est faite avec l'appui de sa sœur « car elle était lesbienne et donc très ouverte d'esprit », et accompagnée d'une lettre qu'il leur a adressée. Ruben évoque qu'il a fallu un temps à ses parents pour assimiler la nouvelle. Ils ont été soutenants dans son affirmation. Dans le même temps que son coming out, il a changé de prénom. Le choix s'est effectué en concertation avec sa sœur, sans satisfaire à l'avis des parents qui ont continué de l'appeler par son prénom de naissance pendant plusieurs mois. Il y a eu *in fine* une concertation commune et le choix du prénom définitif « ils ont fait des efforts pour utiliser mon nouveau nom ».

Au sujet du vécu de son corps, il affirme aujourd'hui se sentir « presque parfaitement à l'aise avec… ». Sa torsoplastie est très récente. Il conserve un embarras, voire un évitement de l'espace public, s'il doit fréquenter les toilettes publiques par exemple. Il se restreint au niveau hydrique pour éviter de les utiliser. Il dit « s'identifier aux garçons » et souhaiter recourir prochainement à une hystérectomie. Il a été confronté à la transphobie lors d'une hospitalisation en pédopsychiatrie où un soignant a révélé aux autres jeunes patient·es sa transidentité. L'indiscrétion lui a valu un flot de « questions intrusives » et des tentatives d'attouchements sexuels.

Les changements physiques masculinisants lui permettent de se sentir aujourd'hui « presque parfaitement à l'aise » avec son corps. Il affirme sa masculinité en disant qu'il est un garçon trans. Nous rencontrons Ruben dans le cadre de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière. Il a souhaité répondre aux questions de l'entretien par écrit. Nous n'en savons pas davantage sur les raisons qui l'ont conduit à privilégier cette forme-là de témoignage ; nous ne l'avons pas rencontré auparavant.

11.2 Les éléments de discursivité

11.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[175]

Pour les besoins de l'entretien écrit, nous avons dû formaliser les questions de l'entretien par écrit depuis la grille d'entretien (cf. Partie 2, chapitre 2). Ruben a répondu à toutes les questions sauf à l'avant-dernière qui porte sur les motivations à participer à notre étude.

Sans la pulsionnalité de la voix et de l'accordage relationnel, il est moins aisé de rendre compte de cet échange, bien qu'il témoigne de son questionnement, du coming-out familial, du choix de son prénom, des points d'inconfort corporel.

Nous relevons l'importance de la fratrie (sa sœur) et du « classeur » sur la transidentité qu'il a téléchargé et rempli pour soutenir sa demande d'affirmation auprès des parents.

[175] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie de l'entretien ne permet pas de les distinguer.

PORTRAIT N° 12 : TRISTAN

Tristan est un garçon transgenre de dix-sept ans ; il se définit dans une identité de genre binaire. Il est lycéen et vit au domicile familial avec ses deux parents et sa sœur cadette.

Nous le rencontrons à la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière dans une grande salle de réunion ; il sort de rendez-vous avec une pédopsychiatre de la consultation.

Sa transition sociale et hormonale est terminée. Il ne souhaite pas recourir à la chirurgie (torse et parties génitales). Il souhaite faire préserver sa fertilité.

12.1 Le récit expérientiel

Tristan ne réfléchissait pas particulièrement à son genre en fin de primaire. Il lui arrivait toutefois de dire à ses pairs que « ouai… ça doit être bien d'être un mec tout ça… ». L'arrivée de la puberté précoce à neuf ans l'enjoint à dissimuler son corps sous de gros pulls « je ne voulais pas qu'on voit mon corps ». Le port d'une veste de marque masculine l'aide à sentir plus « baraqué ». Il est parfois salué dans la vie sociale en tant que garçon « à la boulangerie la vendeuse m'a dit jeune homme ».

La projection vers une identification transgenre lui est insupportable. Il dit ne pas en savoir plus sur ce point-là, mais qualifie son ressenti ainsi : « c'était la transphobie internalisée… tout ça dans ma tête… c'était vraiment le dernier recours… », « mais je ne voulais me l'avouer à moi-même donc j'essayais de trouver des alternatives… ». Son identification passe par la non-binarité, le genre de l'esprit, etc. Pour sortir de cette impasse psychique, il demande à un copain trans de le genrer au masculin pour s'éprouver avec un prénom et de pronoms masculins

« je me suis rendu compte que j'adorais vraiment que c'était moi que je me sentais bien… ».

Ses premiers questionnements portent sur l'orientation sexuelle « si j'étais bi », puis sur l'identité de genre. Ce sont les tchats et les réseaux sociaux qui l'informent, et lui permettent de s'autodéterminer grâce au témoignage d'un garçon trans qui parle de la masculinisation de sa voix « je me suis dit que ça me rappelait grave moi… ». C'était l'été de ses douze ans. Il rejette cependant toute forme d'identification à un garçon trans « pour moi c'était l'extrême… ».

Une fois genré au masculin, il achète des binders et écrit à sa mère un message bref, puis une lettre parce qu'il avait peur de lui dire. Il compte sur l'aide d'un·e professionnel·le de santé pour que sa mère chemine dans l'acceptation : « un psychiatre avec un doctorat elle l'écouterait plus que moi… ». La reconnaissance de son identité de genre, et de sa place en tant que garçon auprès de sa mère, l'autorise à dissimuler sa poitrine avec un soutien-gorge compressif et à changer de prénom « c'est comme ça qu'elle a compris que j'étais un mec et que j'étais son fils et du coup après j'ai commandé un binder… on y est allés ensemble… c'est à ce moment-là qu'elle s'est rendue compte que c'était moi… ».

Il choisit lui-même son nouveau prénom à l'appui d'un pair sur Instagram et demande l'avis de sa mère. En deuxième prénom, il opte pour celui que lui aurait donné ses parents s'il avait été assigné de sexe masculin à la naissance.

Une longue période de déscolarisation a suivi son coming-out « j'ai fait mon coming-out… ils ont voulu me remettre en cours j'ai fait une grosse crise d'angoisse… ». Il a des comportements auto-agressifs et pense à mourir. Il précise être mal dans toutes ses relations (avec ses pairs et les professeur·es), et sur toutes les questions y compris celle du genre et de la sexualité. Une hospitalisation, puis une prise en charge en hôpital de jour, lui ont été proposées. La rescolarisation en classe de première s'est faite sous son prénom choisi auprès de l'administration scolaire. Il conclut en parlant d'une « grosse dépression » et d'une phobie scolaire qu'il date de la petite enfance « déjà à la crèche quand ma mère me laissait je ne faisais que de pleurer ça toujours été comme ça… je suis devenu de pire en pire… ».

Il dit ne plus sortir, rester dans sa chambre les volets clos, dormir jusqu'à quinze heures, manger et regarder des animés.

12.1.1 L'enjeu vital des hormones

Il vit l'attente des hormones masculinisantes comme vitale « si je ne commence pas les hormones d'ici moins d'un an je vais mourir donc quand je dis que j'étais en grosse dépression c'est vraiment une grosse grosse dépression ». Les difficultés qu'il éprouve sont liées à son corps « ne pas pouvoir avoir le corps que je veux avoir pendant autant de temps… » ; en particulier à sa voix qui lui fait horreur « je me faisais toujours mégenrer dehors par les gens que je ne connaissais pas ». La masculinisation de la voix et le port de la barbe lui permettent de retrouver un lien social « avant si on me mégenrait ça pouvait mettre ma journée en l'air mais maintenant… en fait je suis vraiment passé de zéro vie sociale à… je suis tellement sociable que je suis invité partout… ça fait deux jours que je ne suis pas rentré chez moi… j'ai des soirées tout le temps ». Il a un rendez-vous avec un chirurgien pour l'opération de la poitrine dont il qualifie la dysphorie comme moins intense que pour la voix, et prévoit l'hystérectomie plus tard pour éviter les risques de cancer. Au sujet de la filiation, il a une position catégorique de refus y compris pour préserver sa fertilité. Quant à la phalloplastie, il attend les progrès de la chirurgie.

Après avoir évoqué les différents aspects de son affirmation, il revient sur le fait d'être un garçon et associe l'identité de genre masculin au bénéfice de pouvoir « sortir avec une fille ou… tu peux traîner avec les garçons… ». Et il repère la surmasculinisation de sa position « j'avais plus de pression qu'un mec cis pour être masculin du coup j'étais super macho je m'habillais avec des vêtements de sport ».

Un temps psychique, et un espace de thérapie, ont été nécessaires pour asseoir son affirmation masculine « il m'a fallu du temps et surtout en travaillant sur moi-même pour que je sois un mec ». Il se sent libre de se maquiller, de porter des jupes dans certaines occasions festives, même si « c'est juste des bouts de tissus… de la poudre sur le visage ce n'est pas féminin ou masculin… c'est juste ça… ».

Il différencie la transidentité et l'anxiété sociale dont il souffre « même si on enlève la transidentité… j'allais déjà pas bien mais en plus si j'ai la dysphorie de genre et que je dois me faire mégenrer dehors et que je ressemble physiquement à une personne féminine ce genre de trucs ». Lorsqu'on lui demande ce qu'il entend précisément par le terme dysphorie, il y associe la souffrance « quelque chose qui est collé à mon corps… un dégoût qui ne correspond pas à moi à ce qu'il y a dans ma tête ». Il ajoute se considérer comme un « mec » et comprendre la non-binarité.

La transidentité est pour Tristan un « adjectif » comme « quand on dit une personne belle », « je suis un garçon trans mais oui je suis un garçon et un garçon trans aussi… je suis les deux oui… ». Dans la vie sociale, il parle ouvertement de sa transidentité, de son expérience des hormones sexuelles, sauf quand s'il sent une transphobie ou un climat d'insécurité poindre « autant donner des informations d'une personne trans plutôt que par les médias ou les cis ou dans les médias encore pire… ».

Son affirmation est passée par une période de surmasculinisation dont il a conscience, et qui a cédé après s'être éprouvé quelques mois sous cette identification-là. La prise d'hormones a été nécessaire, voire vitale, pour réinvestir l'espace social et construire ses projets de vie. Ça lui a évité de cacher son corps, de subir son genre de naissance au point de vivre reclus, et d'être victime de sa propre transphobie internalisée. Être trans, c'était pour lui le dernier recours au point de vouloir différer le traitement hormonal masculinisant. Aujourd'hui, il se considère comme « un mec », et dit être apaisé.

12.2 Les éléments de discursivité

Dans un mouvement défensif, Tristan se saisit de la parole pour demander si nous avons rencontré d'autres jeunes (comme lui) qui participent au groupe de parole autour de la transidentité à l'hôpital. Nous ignorions qu'il faisait partie de ce groupe, mais étions en revanche au courant de cette prise en soins groupale.

Nous lui répondons que non, et laissons l'espace dans le dialogue pour qu'il puisse en dire davantage. Il semble rassuré par la réponse et attend que nous reprenions l'initiative de la parole.

12.2.1 Les temps de l'entretien

Deux mouvements se dégagent de l'entretien. Tout d'abord, un temps d'échange relatif s'ouvre par une demande d'informations sur l'ordre des questionnements, les différents volets du parcours d'affirmation et les points d'identification depuis la visibilité médiatique. Un second temps induit par le contretransfert est celui de la reprise des dires qu'il a énoncés en début début d'entretien pour revenir de façon plus approfondie sur ses éprouvés positifs autour de la masculinité. Notre demande de lui proposer d'en dire davantage succède la recension des différentes ressources d'affirmation (sociale, hormonale, chirurgicale).

En termes de pulsionnalité de la voix, notre question s'invite après une réponse brève sur ses souhaits chirurgicaux et une pause dans le discours qui nous amène contretransférentiellement à cette proposition « vous disiez que c'est mieux d'être un garçon… c'était… ? ». Ce développement, qui occupe un sixième de l'entretien (un peu plus d'une page retranscrite), est l'occasion de nous appuyer sur le savoir expérientiel des entretiens précédents « parmi les participant·es que j'ai rencontré·es certain·es disent… ».

12.2.2 La position subjective

L'entretien laisse percevoir en négatif, à l'appui des affects et de l'énonciation, la position subjective de Tristan qui est largement majorée par une souffrance psychique et corporelle. Il montre au travers de l'avancée de son parcours d'affirmation sociale et médicale une forte capacité à percevoir ses mouvements et sa conflictualité interne. Il confie avoir effectué un travail sur lui-même après son hospitalisation et sa période de déscolarisation.

Ainsi il se saisit de sa propre dynamique psychique qu'il amène au tout début de l'interview. Il indique une relation temporelle : un avant/après la transition. Les structures syntaxiques sont récurrentes avec des constructions où il parle à la première personne du présent suivi de verbes au passé qui traduisent sa détresse « j'étais perdu », « je passais ma vie sur Internet », « j'ai questionné ma sexualité ». Le point de bascule intervient lorsqu'il s'identifie sur un groupe de tchat au désaide d'une personne qui dit qu'il est un jeune homme trans et qu'il a besoin d'aide « ça me rappelait grave moi ».

Ce temps de conflictualité qui cesse avec l'identification à un de ses pairs se traduit par le changement de temps dans son récit (du plus-que-parfait au passé composé). Il articule une nouvelle position subjective formulée avec une dénégation « j'ai commencé à chercher sur la transidentité » est mis en miroir de « je ne pouvais pas être trans ». Il cherche donc une alternative subjective à la transphobie internalisée « je ne sais pas moi c'était l'extrême je ne sais je ne sais pas… ». Être transgenre est vécu comme une menace de perdre l'amour de l'autre bien que les liens amicaux soient solidement ancrés. Il se vit comme en « grosse dépression » et distingue les différents secteurs de sa vie où il est inconfortable : scolaire, familial, social, corporel.

La perspective de prendre un traitement masculinisant, et d'avoir une voix qui correspond à son ressenti et aux attentes sociales, a été un enjeu vital « je ne pensais pas survivre ». Il repère un impossible du côté du corps « de ne pas pouvoir avoir le corps que je veux avoir pendant autant de temps… ».

En fin d'entretien, il esquisse une appréciation de son devenir « moi… être trans… c'est un adjectif… ». Il trouve une place confortable en articulant deux figures « je suis un garçon et un garçon trans », après s'être senti obligé d'apporter la « preuve » de sa masculinité. L'entretien se termine par le regard de son frère sur lui : « …pour plus qu'il me mégenre et m'appelle au féminin ».

PORTRAIT N° 13 : MATTHIEU

Matthieu est un garçon transgenre de seize ans ; il se définit dans une identité de genre binaire. Il est au lycéen, en classe de terminale. Il s'intéresse aux sciences politiques et aux mathématiques. Il a une sœur ainée.

Sa transition sociale et juridique est terminée. Il ne souhaite pas se faire opérer de la poitrine. Il est actuellement sous traitement hormonal masculinisant après avoir pris des bloqueurs de puberté pendant quatre années.

Nous rencontrons Matthieu dans le cadre du recrutement de la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière. L'entretien se déroule par téléphone. Nous avons déjà rencontré à deux reprises Matthieu et sa mère lors de rendez-vous pluridisciplinaire à la Pitié-Salpêtrière.

13.1 Le récit expérientiel

Matthieu fait remonter ses premières questions à l'âge de deux-trois ans ; il en « parlait déjà », de son refus des vêtements féminins (principalement les robes), et de son souhait d'avoir les cheveux coupés courts et des activités « à proprement parler de garçons ». Il les qualifie de : « c'était plus naturel ». Sa masculinité s'est donc affirmée jeune en classe de CM 1 sous l'unité de sens « garçon manqué ». Ses parents ne s'opposent pas à cette expression de genre au sein de la famille ni dans la vie sociale. Dans les relations sociales, Matthieu dit se laisser genrer en fonction de ce que le regard social perçoit de lui « je ne disais rien si les gens m'appelaient il… je ne disais rien si les gens me demandaient je disais que j'étais une fille… ».

La première démarche d'affirmation est le changement de prénom pour l'entrée en sixième au collège. Il précise que pour ses copains de la primaire, il s'agissait « d'une continuité… pas forcément d'un choc ». Même s'il a rencontré « quelques petits problèmes » au collège dont il ne livre ni les enjeux ni la charge émotionnelle,

il précise qu'au lycée il n'a jamais évoqué sa transidentité « comme j'ai la chance d'avoir un physique qui ne se remarque pas… ». L'avis de ses parents a été nécessaire pour son affirmation sociale « non quand même… que ça leur plaise aussi même si c'est ma vie je suis quand même leur enfant… ».

13.1.1 Une corpulence masculine

Depuis la seconde, Matthieu prend désormais des hormones masculines. Parmi les changements attendus, et ce qui l'a aidé à « sentir mieux homme », vient en premier la masse musculaire. La voix a été pour lui secondaire. Dans une comparaison de taille avec ses pairs « très grands », il relève son manque de force physique dans les activités sportives (badminton, karaté). Désormais, il se vit comme « plus en adéquation avec mon corps et mon âge et mon identité sociale ». Sa poitrine ne lui pose pas de question ou de souffrance puisque les bloqueurs de puberté ont freiné son développement. Il n'envisage pas d'opération génitale « je vais rester avec mes organes génitaux féminins parce que les gens comprennent en fait je n'ai pas de problème avec ça… ». L'évolution sociétale des mentalités l'appuie dans son choix, et le rend confiant pour envisager des relations amoureuses. Il souhaite effectuer l'ablation de l'utérus pour éviter les risques de cancer dont il a entendu parler.

La perspective de fonder une famille l'invite à penser à l'adoption ou au « don de fluides corporels… » pour son partenaire. Son parcours de transition a été réalisé en milieu hospitalier. Après être allé consulter Tom Reucher[176], il évoque un bon accueil, malgré une image de la psychiatrie et de la psychanalyse froide, dans un service de psychiatrie en région où il est allé. Il passe sous silence les raisons de son hospitalisation.

[176] Tom Reucher est psychologue, transsexe FtM selon son site personnel : http://transidentite.free.fr.

13.1.2 L'identification impossible à la communauté trans

Il évoque son absence d'identification à la communauté LGBTI+ en raison de l'association entre le genre et la sexualité dans la communauté « ça n'a rien à voir donc le fait qu'on s'associe je comprends la généralisation qui est faite ça ne nous… ça ne sert pas au deux ça fait confondre les gens… ». Il poursuit en employant les termes de manque de confiance, de reconnaissance, de respect « il y a limite une agression vis-à-vis des gens qui ne font pas partie de la communauté ». Il dénonce, non pas « l'idéologie » de la communauté, mais la forme du mouvement et la « communication « une propagande qui est utile mais qui n'est pas fondamentale donc moi c'est pour ça que j'ai du mal avec la forme que ça prend… » se disant lui-même victime de cette communication « le nombre de fois ou je me suis fait agresser par des gens qui me disaient que je ne comprenais pas ce que les personnes transgenres pouvaient ressentir… ». Il s'est heurté à certains questionnements de militants trans qui n'ont pas compris pourquoi il ne s'engageait pas pour défendre les personnes concernées « moi je vis ma vie tranquillement… bien sûr que je suis pour l'acception… bien sûr pour l'intégration et le respect mais c'est pas comme ça que j'ai envie de le faire passer et j'ai pas envie de spécialement prôner… ». Le communautarisme semble lui faire porter une singularité qu'il met en perspective avec la normalité « c'est vrai… on est des humains normaux c'est vrai il y a eu une petite erreur biologique qui a fait qu'on a dû se recadrer mais sinon on est normaux mais on fait aussi rentrer dans la vraie vie parce que la Gay Pride c'est pas tous les jours la sono à fond… ».

Il insiste sur les effets délétères de la communauté LGBTI+ notamment après des jeunes qui auraient dû mal à s'affirmer, et souligne l'écart entre les personnes qui « s'assument à fond » et le malaise que ça peut créer auprès des jeunes moins affirmés « c'est pas quelque chose qui te met bien ». De plus, il pointe l'incitation et la force du groupe « à faire son coming out » sans que ce soit forcément le choix du jeune : « moi je n'ai pas été victime de ça mais j'ai vu de nombreuses fois des situations comme ça des trucs qui sont là à pousser les gens à s'assumer et…

s’assumer c’est pas forcément le crier sur tous les toits donc euh oui… il y a des choses que je trouve pas cool du tout… ».

Par ailleurs, il se pose la question de la non-binarité par rapport à sa perception du genre « je me suis dit en rigolant… s’il y a des gens qui arrivent à s’assumer non-binaire moi je suis complètement *has been* à vouloir ressembler à un garçon… c’est quoi ces conneries… ». La non-binarité vient répondre à une indétermination de « l’apparence » et de « l’identité sociale et sexuelle ». Il évoque les conséquences de l’image véhiculée sur les réseaux sociaux des personnes « qui sont dans l’extrême », « soit d’une propagande trop poussée qui nous écarte d’une propagande LGBTI+ pour l’acceptation de tous… ». Il note les effets contreproductifs « de mettre en avant ça ou ça… devient limite une mode forcément ça repousse ça ne donne pas envie de s’intéresser… ».

Ainsi dans l’après-coup de son affirmation masculine, Matthieu date les premières expressions d’incongruence de genre à l’âge de deux ou trois ans, et le début de sa transition sociale en primaire. Il surinvestit un temps les stéréotypes masculins pour compenser « [le] fait que je ne sois pas un homme j’ai voulu être plus… » avant de trouver une position subjective plus apaisée. Son affirmation masculine trouve un point d’appui solide avec son apparence physique. Le fait d’être grand, sportif, d’avoir peu de poitrine met à distance des questions relatives à la transition « souvent on l’oublie et moi parfois… j’oublie parce que je fais ma vie comme ça parce que comme je n’ai aucun obstacle dû à mon physique… ».

13.2 Les éléments de discursivité

A la relecture de l'entretien, deux mouvements se dégagent : le temps qui ordonne le parcours d'affirmation sociale et médicale, et le temps subjectif où Matthieu explicite la façon dont il se définit et ce qui a renforcé sa masculinité.

13.2.1 Les temps de l'entretien et la position subjective[177]

La première question que nous lui posons actualise son parcours scolaire ; elle est sûrement en lien avec le fait que nous l'ayons déjà croisé lors d'une consultation et que nous souhaitons pouvoir le situer. Elle précède la demande qui ouvre chaque entretien au sujet : de préciser à quels moments sont arrivés les premiers questionnements. Suivie ensuite d'une demande d'informations sur la position parentale au sujet de l'acception de sa transidentité.

Lors de ce premier temps d'entretien, son énonciation est à la première personne du singulier. Il distingue clairement la période du collège où des amis de l'école primaire le connaissent et le temps du lycée où la transition sociale n'est plus une question dont il s'ouvre.

Avant les démarches de changement de prénom dans l'institution scolaire et au rectorat, Matthieu confie la position qu'il a adoptée pour amorcer sa transition sociale ? A deux reprises, il utilise le verbe performatif « dire » « *je ne disais rien si* les gens m'appelaient il… », sinon il disait qu'il avait été assigné de sexe féminin à la naissance quand la question lui est posée. La valeur modale du verbe qu'il choisit d'employer pour décrire une situation qui s'est répétée à l'école primaire, traduit aussi la potentialité. Le fait d'être reconnu comme un garçon est présenté comme possible (versus un fait irréel ou impossible en CM1) avant la transition sociale ou médicale. Il relativise la stigmatisation au collège en en disant un mot nuancé recouvert d'une banalité « il y a eu quelques petits problèmes comme tous les enfants au collège… ». C'est d'ailleurs « son physique » (sa masse musculaire)

[177] Les temps de l'entretien et la position subjective font l'objet d'une seule et même sous-partie à dessein car l'analyse de l'entretien pas de les distinguer ici.

qui le protège de l'ostracisme bien qu'il évoque avoir eu peur de l'amour de ses pairs « pour ne pas que la personne arrête de me parler du jour au lendemain ».

Le second temps de l'entretien, et après qu'il a fait mention d'un passage aux urgences psychiatriques, l'invite à partager ses propres représentations autour du genre et de la masculinité « je dis oui… je suis un homme… je le dis si les gens ne savent pas… ». Il amène deux valences dans sa première assertion, qui occupe plusieurs lignes à la retranscription : l'oubli du sexe assigné à la naissance (quatre occurrences) et le regard social (se faire embêter/vivre normalement). Nous entendons un fléchissement dans sa voix, peut-être est-ce cet éprouvé qui nous invite à l'étayer en plaçant la question suivante sur un sujet « sociétal ou politique ». Nous nous appuyons nous-mêmes en début de question sur le travail de recherche d'une collègue de la Pitié-Salpêtrière pour amener la question « j'ai des collègues qui travaillent sur la non-binarité… », et plus loin « c'est intéressant d'avoir votre vision… ». Matthieu utilise à de nombreuses reprises le verbe au présent « je pense que… » pour rendre compte de son désaccord avec l'appartenance à une association LGBTI+ et pour structurer sa parole. Lorsqu'il souhaite préciser sa singularité, il change de syntaxe et soutient son discours en apposant le pronom personnel invariable « moi » qui vaut pour les deux genres grammaticaux : « moi je me suis rendu compte », « moi je rentre parfaitement dans les stéréotypes de l'homme… », « moi le nombre de fois où je me suis fait agresser… », « moi il y a des personnes qui savent que je suis trans... ».

Il semble mettre au jour un éprouvé interne qu'il amorce par « parce que du fait que je ne sois pas un homme ». Il poursuit par son devenir : « j'ai voulu être plus… ». Peut-être pouvons-nous entendre le bénéfice de la transition sociale et médicale qui lui a permis de s'affirmer « maintenant je suis bien comme ça… ». Le miroir de la masculinité avec ses amis cisgenres arrive dans la phrase suivante. Il dit que certains « hommes biologiques » sont moins masculins que lui.

L’entretien se termine sur l’importance pour Matthieu de témoigner dans notre étude. Il l’articule à son transfert sur l’équipe de prise en soins de la Pitié « pour vous aider dans vos recherches… », et sur un point de vue sociétal « pour faire avancer la pensée collective et sérieuse ».

PORTRAIT N° 14 : JEAN

Jean est un garçon trans de vingt-quatre ans ; il se définit dans une identité de genre binaire. Il est actuellement étudiant à l'université en langues étrangères et vit en colocation avec trois ami·es, après quelques années dans un pays frontalier. Il a souhaité partir à l'étranger après l'obtention de son bac, et travailler dans la restauration. Durant ce séjour de deux ans, il a effectué sa transition sociale et a débuté la prise d'un traitement masculinisant. La mention du sexe de naissance a été changé à l'état civil. Il a effectué une torsoplastie.

Nous le rencontrons dans le cadre des personnes qui ont été reçues à la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière, en présentiel. Nous le recevons à notre cabinet sans l'avoir rencontré auparavant.

14.1 Le récit expérientiel

Jean a vécu une « enfance de petite fille » et à commencer son questionnement à la puberté « je ne renie pas ça… ». Il revient sur la période de questionnement et repère que, quand un sujet (livre ou film) traitait de l'homosexualité masculine ça l'interpellait. Il utilise le terme de « réveiller » et souligne qu'il ne s'agit pas de désir sexuel puisqu'à l'époque il ne se « représente » pas en « fille romantique ». Sa « fascination » passe par les personnages féminins qui se travestissent et doivent « faire semblant d'être des hommes pour tel truc… ».

C'est en début de collège vers l'âge de douze-treize ans que les questions de genre se posent pour Jean. Il suppose que s'il avait eu dix-sept ans au moment de l'interview, il aurait répondu avoir toujours été un garçon « j'en suis absolument sûr ».

Aujourd'hui, il a plaisir à parler de la transidentité, à renseigner sauf s'il perçoit des positions transphobes chez ses interlocuteur·rices. Il poursuit en associant sur son père, « qui a dû mal à accepter » même si c'est « quelqu'un de très bien », et précise ce qu'il en est pour lui « d'un désir profond d'avoir une vie d'homme… d'avoir un corps d'homme d'avoir une position sociale d'homme dans le monde mais ce n'était pas une identité dans le sens je le suis déjà… ». Il caractérise son approche du genre de « matérialiste » en mettant l'accent sur l'aspect social qui est premier dans son parcours. Il ancre ce point précis dans son rapport aux autres et dans le regard que la société porte sur lui en tant qu'homme et non en tant que « une fille masculine ». Il ajoute pour illustrer son point de vue « c'était intéressant d'avoir mes premiers pas en quelque sorte avec une position sociale d'homme… en plus je travaillais donc ça m'a permis d'avoir une sorte de parenthèse dans ma vie… ».

14.1.1 L'inconfort corporel

Il a effectué sa transition hormonale en Belgique. Il commence à travailler dans un café ce qui lui permet de financer son opération du torse. Sans ces changements, il imagine ne pas « arriver à avoir une vie d'adolescent normal… de personne de mon âge… » et devoir se justifier tout le temps, de subir des moqueries et des brimades.

Sur la question du corps, il choisit à vingt-et-un ans de se faire opérer de la poitrine pour une question de « confort physique », pour pouvoir faire du sport l'été et pour arrêter de porter un soutien-gorge compressif « ce n'était pas pour être un homme je ne dois pas avoir de seins en fait… c'était plutôt… je n'étais pas toujours super à l'aise avec eux et depuis ça j'ai l'impression que j'ai un truc qui fallait ». Le changement à l'état civil intervient après la chirurgie, soit sept ans après le début de la transition sociale.

Il ne vit pas sa transition comme achevée en raison de la prise d'hormones masculinisantes à vie. Sa temporalité psychique ne s'inscrit pas dans un avant/après, mais plutôt dans un continuum qu'il exprime ainsi « je porte toujours en moi ça… et je pense que dans certaines situations c'est toujours… à la piscine… si j'ai envie d'aller au sauna ou quoi si jamais je suis avec des gens qui ne connaissent ma situation… ». Il affirme : je ne serai « jamais cis ». Cette différence,

dont il fait aussi un appui et qu'il qualifie de « perspective », lui offre l'opportunité de mieux comprendre certains sujets comme les combats féministes. Si sa position subjective est divisée, il livre un point de fragilité parce qu'il est « vu à quatre-vingt-dix-neuf pour cent comme un homme », mais peut passer (au sens du passing) pour une personne efféminée. Cela n'est pas une « honte » pour lui.

A l'appui de son expérience et de ses amis qui en sont à peu près au même stade de transition que lui, il définit la non-binarité comme un « palier » sans qu'il puisse s'y identifier. Il revient sur « le début » où il ne se voyait ni homme ni femme, plutôt « comme une figure à la Peter Pan », « je n'avais pas envie d'être genré » dans un refus de devenir adulte. Il pose ses identifications actuelles comme « un peu hors de la binarité », voire « conflictuelles » avec des intérêts féminins. Une fois sa transition hormonale commencée, « les gens » le range dans la « case garçon ». Et c'est à partir de cet espace-là, celui attribué par l'autre social, qu'il éprouve ce nouveau périmètre « c'est là où je me suis dit que ce n'était pas si restrictif que ça j'ai de la place pour y bouger et je me sens tout à fait à l'aise d'être défini comme un homme et d'exister dans… enfin pas d'endosser ce rôle mais d'exister dans ce genre quoi… ».

Pour Jean, s'affirmer non-binaire (sans les effets d'un traitement masculinisant) est synonyme de souffrance, de « dépression », et de « troubles anxieux », ce qu'il observe aussi chez ses amis, en plus du risque de rejet familial. Concernant son parcours, il s'étaye de la bienveillance du discours parental « j'ai eu une enfance où on m'a encouragé à m'exprimer… à rechercher ce que je voulais… ». Il l'exprime en termes de « solidité », d'appui et de « ressources pour aller voir un psy », sans occulter le harcèlement scolaire, et les situations où il a dû se justifier « j'avais toujours l'impression de ne pas avoir beaucoup d'intimité ou de vie privée toujours devoir expliquer à tout le monde… c'était toujours les choses les plus », du contrôleur de train à son logeur (la ressemblance sur la photo d'identité, le prénom de naissance féminin). Le changement d'état civil apporte une sécurité « c'est pas par obligation que je dois montrer à un agent de la SNCF tout ça » et une légitimité dans l'espace « pour moi ça n'appartient pas juste à la vie privée c'est pas un truc que je dis que aux gens avec qui je sors ou avec qui j'ai des relations intimes ». En

fin d'entretien, il affirme avoir connu des moments de dépression et de retrait social intenses « je ne pouvais pas parler aux inconnus… je ne pouvais pas j'avais du mal à manger tel ou tel truc… je restais dans mon lit ».

14.1.2 Être perçu comme un homme

Il aborde les bénéfices de sa transition physique (hormonale et chirurgicale) en termes de confiance en lui. Son rapport aux semblables s'est allégé du complexe qu'il ressentait vis-à-vis de sa voix ; il avait tendance à parler très bas sans articuler. Dorénavant, il parle « très vite ». A la suite de ces propos, il esquisse une définition de la transidentité dans un rapport dynamique entre l'individu et le collectif. C'est le regard porté par le social/sociétal qui fait l'action, et qui qualifie la personne en homme ou femme « percevoir l'autre ». Le sujet subit le regard sociétal ; il est passivé et mis en place d'objet « c'est en général les gens qui genrent et qui font l'action de genrer et d'assigner un genre à quelqu'un… et en général ça se fait en une fraction de seconde et on le fait tous… c'est juste un fait… ».

C'est dans l'écart creusé par l'affirmation masculine physique que Jean perçoit le regard des autres « c'est quand même une action de genrer la personne en fonction des caractéristiques que la personne présente pour tout le monde ». Outre le regard, il précise que les habits « jouent de moins en moins (…) dans le spectre plutôt FtM », et qu'il n'a pas vraiment changer de garde-robe. Il utilise le terme « passer », un calque de l'anglais « *to pass* » pour rendre compte de l'acceptation sociale des stéréotypes et des expressions de genre, qui parfois se retournent en une certaine violence. Cela vient « acter » du genre de la personne.

Les changements hormonaux lui ont permis de ne pas « performer » son genre, et de cesser de « faire très attention » au quotidien (porter un binder, mettre du mascara à sourcils pour les épaissir, forcer sa voix), et ainsi d'être vu dans/par le regard social comme « féminin ». Il ajoute que la transition physique a permis « à plus être moi-même ». Pendant le temps de l'interview, il associe « c'est marrant je n'y ai pas pensé avant… » au sujet de la préservation de fertilité avec la valeur traumatique de la naissance de son frère « quand j'avais dix ans ma mère… mon petit frère est né… depuis assez longtemps j'ai une sorte de répulsion… la grossesse

ça me… ». L'arrêt nécessaire des hormones est un facteur limitant « je suis sous testostérone et franchement je ne me vois pas arrêter du jour au lendemain pour prendre des œstrogènes… ».

14.1.3 Des affects de haine

Il avance les affects « d'hostilité et de haine » qu'il a pu éprouver. Sans se poser en victime de la transphobie, il compare cette « haine » avec ce qu'a vécu le mouvement gay il y a quelques années en nuançant « on peut avoir une vie complètement identique à une vie hétérosexuelle même si on essaie d'être très très assimilé… il y a quelque chose qui ne peut pas être pareil… ». S'il ne précise pas quelle différence il pointe, il met en garde contre la volonté du public cisgenre d'essentialiser le trajet et le désir autour de la transidentité « et en même temps je trouve que c'est un peu dangereux d'aller par là parce que maintenant on a trouvé la cause donc ça peut se guérir et ça peut… donc je pense qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui sont intéressés d'aller par là… mais je pense que c'est intéressant d'y penser moi… je n'ai toujours pas trouvé… ».

La vie associative ne l'intéresse guère. Il note une « opinion trans monolithique » portée par les personnes concernées qui « créé une chambre d'écho », réunissant des gens « qui sont plus ou moins blancs », « dont les parents sont éduqués » qui vivent ou se rassemblent à Paris à l'exclusion de celles et ceux qui n'entrent pas dans cette « catégorie », qui n'ont pas les codes, qui ne parlent pas bien le français. Les débats qui animent certaines associations trans portent sur la non-binarité « est-ce que les non-binaires sont trans… ». Il conclut « il n'y a pas une définition d'être trans ». Il aborde la visibilité des transidentités sous un aspect ambivalent. Si la médiatisation apporte des informations et des ressources sur la terminologie et les parcours de transition, cela ouvre aussi les débats et laisse place à la haine.

Jean distingue les termes « transsexuel » et « transgenre » ; il y apporte l'éclairage suivant. Pour lui transitionner, c'est changer de sexe mais pas de genre « pour moi en dix ans mon genre n'a pas vraiment changé c'est mon sexe physique qui a changé en fait et même si je n'ai pas tout à fait la même réaction avec le genre masculin qu'avant du fait d'avoir une transition c'est pour moi important de faire cette

distinction… je sais que beaucoup de gens ne pensent pas comme ça et ont une opinion différente ». Le terme de transgenre est plus large que l'acception qu'on en fait « ça peut contenir l'identité non-binaire et ceux qui transgresse le genre et ceux qui sont en dehors du genre et les transsexuels plus comme des gens d'un groupe plus petit qui choisit ». Son changement relève d'un choix, « *agency* », c'est-à-dire la capacité d'une personne à agir pour lui-même, à en être l'agent « je me suis vraiment épanoui dès que je suis sorti de l'adolescence et dès que j'ai eu … dès que j'ai pu transitionner ».

14.2 Les éléments de discursivité

Cet entretien présente plusieurs spécificités : sa longueur supérieure aux autres et le fait qu'il soit le dernier de l'enquête.

14.2.1 Les temps de l'entretien

Jean se saisit de la parole pour renseigner les coordonnées du parcours temporel, sans que nous initions une proposition de thème ou un quelconque étayage. Il date le début de sa transition et convoque de façon transférentielle la docteure qu'il a rencontrée à douze-treize ans (il l'avait vue à quatre-cinq ans lors du divorce des parents). Il dit quelque chose d'important de son isolement à travers la formation professionnelle de la pédopsychiatre.

Le questionnement de genre et la demande d'accompagnement que Jean et sa famille formule à la pédopsychiatre a incité cette dernière à aller se former auprès d'équipe spécialisée sur la transidentité. Il poursuit sans utiliser de connecteur logique dans son énonciation, dans une apposition d'idées où il évoque les écrits d'une jeune femme transféminine. L'autrice Olivia Serano est évoquée comme appui pour parler de l'annonce de sa transidentité au lycée et pour dire l'errance et désarroi qu'il a traversé à cette période-là.

L'inconfort social qu'il a ressenti arrive en tout début d'entretien. Il évoque la haine du public et la discrimination, tout en soulignant une plus forte stigmatisation envers les femmes trans. Il fait intervenir dans son discours la figure de la romancière publique (autrice des ouvrages de Harry Potter) pour son engagement et son combat médiatique.

Dans un autre mouvement de l'entretien, il évoque la figure de son père. Les paroles rapportées de ce dernier ponctuent les trois quarts de l'entretien. Un père enseignant, porté par la psychanalyse, et qui le questionne à propos d'une éventuelle détransition, des regrets qu'il éprouverait, de la contradiction entre la nécessité de se masculiniser avec des hormones et son identité intrapsychique qui a toujours été masculine. Sa mère, elle, n'est pas évoquée de façon singulière dans l'échange sauf lorsqu'il parle de la naissance de son frère. Elle est présente à titre parental sans distinction sexuée des parents.

Le dernier temps de l'entretien est un retour sur son questionnement (à la puberté), les différentes étapes de la transition, l'acception discutée du père, sa relation aux associations où il croise de l'exclusion, les représentations relatives à la non-binarité qui se heurtent aux codes masculins et féminins.

Nous retenons que les affects de déception, de dépression, et l'identification à des figures féminines bordent l'entretien (ouverture/fermeture de l'entretien).

14.2.2 La position subjective

L'affect de la déception, dans « chacune de mes interactions », jalonne son parcours de treize à dix-neuf ans. Il est directement associé au fait d'être genré au féminin et à l'écart entre le regard social et ses ressentis. Il en souffre. Sa position d'exclusion est renforcée par les répétitions de l'expression « j'ai/on a l'impression que personne ne comprend… » à plusieurs reprises dans la retranscription « qu'il élargit à la position d'autres adolescents qui traversent des troubles psychiques et épisodes dépressifs. Il le constate pour lui et ses amis.

Le point d'appui qu'il dégage, daté de son enfance, est le soutien parental qu'il a reçu et l'encouragement à exprimer son désir, ce qu'il souhaitait pour lui en tant que sujet. Malgré l'incompréhension de son père, il est fort de ce soutien qu'il compare à ses pairs dont les parents n'ont pas pu occuper cette place dans le parcours. Jean revient sur l'épisode dépressif majeur (sa perte d'appétit) qu'il a traversé à l'adolescence de façon filée pendant tout l'entretien. La transition le met dans la position de devoir se justifier dans les premières années. Outre le harcèlement scolaire au collège et la déscolarisation, il partage les situations inconfortables auxquelles il est confronté pour chercher un appartement, au niveau administratif (face au contrôleur du train où il doit se justifier), etc.

Jean pointe indirectement le rôle des chercheur·euses, philosophes et sexologues hétéronormé·es qui « ont un peu sensionnalisé » et « théorisé » le parcours d'affirmation. Il fait entendre le besoin de s'appuyer sur l'avis et le savoir des personnes concernées. Il rapporte, à distance de ces propos, qu'il est parfois difficile de se soustraire aux questions intrusives autour de la transition : antécédents médicaux, traitement masculinisant, opérations éventuelles et sexualité. A l'évocation des discriminations, il nous interroge sur lien que nous entretenons avec la SoFect[178], « parce que c'est vrai que l'on en entend beaucoup parler », dit-il.

Il distingue les effets des hormones et de la chirurgie qui lui ont donné confiance en lui, et remarque la différence de traitement que lui réserve la société en termes de représentations sociales « avant… j'étais perçu comme une femme… ». Il ajoute que l'assignation sociale se fait en une fraction de seconde, en minimisant le rôle des vêtements. Cela lui permet d'argumenter qu'une affirmation masculine ou féminine repose sur le changement de sexe physique (qu'il distingue du sexe génital) et non le changement de genre. Selon Jean, il s'agit de ce qui se voit dans la rue. Cela l'enjoint à utiliser le terme « transsexuel », plutôt que « transgenre » qui abrite les ressentis non-binaires.

[178] Société française d'études et de prise en charge de la transidentité créée en 2010 qui a été en 2015, renommée l'Association pluriprofessionnelle française Santé Trans, aussi appelée Association professionnelle française pour la santé des personnes transgenres et *French Professional Association for Transgender Health*, en anglais (FPATH). Source : https://trans-sante-france.org.

L’entretien se termine par une très longue réponse (une page et demi retranscrite) à l’endroit de l’acception sociale de la transidentité, et de la stigmatisation à travers les questions et remarques qu’il reçoit « d’adultes respectables » qui font fi de « toute civilité », et s’autorisent des avis péremptoires.

Le point de sensibilité qu’il garde par rapport à la discrimination est pris dans un miroir avec les adolescent·es. Il perçoit, sûrement à l’aune de son expérience, cette classe d’âge comme vulnérable, et évoque par identification la position dépressive de repli au domicile qu’il a vécue – peut-être que ce point de fragilité n’est pas complètement refermé ou qu’il est réactivé par le dispositif de l’entretien.

Il propose depuis sa position de jeune adulte et sa position générationnelle par rapport à ses parents de faire évoluer les représentations sociétales et familiales œdipiennes : « le papa ça doit être ça la maman… ».

« Je ne dis pas qu’il faut tout changer mais on peut peut-être réfléchir » conclut-il.

CHAPITRE 2 – LES DIMENSIONS EXPERIENTIELLES

Eu égard à l'orientation qualitative de la recherche qui privilégie le respect du devenir des personnes trans, là où les perspectives médicales de la transidentité se centrent sur l'étiologie, le diagnostic et l'accompagnement de besoins spécifiques (cf. Partie 1 : Revue de littérature, chapitre 4), nous souhaitons aborder le savoir d'expérience. Saisir les logiques sous la forme de dimensions expérientielles synthétiques apportera de la compréhension au récit de vie des jeunes. La lecture synthétique des entretiens fait sourdre des récurrences dimensionnelles complexes que nous attribuons à trois champs hétérogènes : le corps, le social et les discriminations.

2.1 La dimension corporelle

Tous·tes les jeunes interviewé·es abordent la question du corps quelque soit l'âge (petite enfance, enfance, début de la puberté, jeune adulte), et de façon concomitante ou séparée, les changements développementaux pubertaires (voix, poitrine, hanches, stature, pomme d'Adam, traits du visage, etc.). Le corps de l'enfance et le corps pubère sont particulièrement évoqués au moment « l'avènement pubertaire » ou dans l'après-coup des changements corporels (Ouvry, 2006).

2.1.1 La souffrance

Tous·tes, à l'exception du plus jeune participant de l'étude, mettent l'accent sur la souffrance du corps. Deux jeunes transmasculins font allusion au corps de naissance depuis une internalisation de la transphobie et des normes ciscentrées (ils seraient « né(s) dans le mauvais corps »). Le corps sexué, depuis les caractéristiques sexuelles secondaires, est très largement évoqué. Il s'agit du corps pubère qui marque une discontinuité avec le corps de l'enfance. Si la quasi-totalité des jeunes évoquent la nécessité des changements corporels, une seule personne transféminine

parle du regret de ne pas être « androgyne ». Dans les quatorze récits, la souffrance corporelle est posée comme une sous-dimension intrinsèque au corps. Si, plus rarement, le corps n'est pas ressenti comme douloureux et gênant, il est pointé par le regard social des semblables comme incongruent par rapport au genre affirmé.

L'expressivité du mal-être est verbalisée selon une large graduation qui va de l'inconfort à la souffrance térébrante d'une ou plusieurs parties du corps (haut/bas). La raucité de la voix est mentionnée dans la quasi-totalité des ressentis tandis que la stature et les traits du visage féminins sont relevés uniquement de façon ponctuelle.

Le corps est dissimulé ou caché sous des habits amples qui gomment les formes féminines pour les jeunes transmasculins. C'est l'étoffe qui masque le corps, et qui met à distance les attentes de conformité sociale en matière d'expressions de genre. Quand l'intensité de la douleur physique et psychique est à son acmé (avant le début du traitement hormonal), un jeune adulte surexpose ses attributs féminins du corps assigné à la naissance dans l'espace social avec des vêtements ajustés au niveau du buste. Il tente ainsi de soutenir sa popularité au sein de son groupe de pairs au lycée, et de compenser l'isolement social.

Pour une très grande majorité des jeunes transmasculins, la poitrine majore la souffrance physique et psychique. La jeune fille transféminine, quant à elle, précise qu'elle a eu recours à des implants mammaires et qu'elle ne souffre pas de dysphorie génitale. Les jeunes transmasculins disent en très forte majorité s'accommoder de leurs parties intimes car elles sont dissimulées sous les habits. L'inconfort porte sur l'impossibilité d'uriner debout dans les toilettes réservées aux hommes.

Pour la quasi-majorité, les modifications apportées par la raucité de la voix, la pilosité, la pomme d'Adam plus saillante, et la stature plus massive allègent la pression du regard des semblables dans l'espace extérieur en permettant une meilleure reconnaissance sociale masculine (passing).

La quasi-totalité des jeunes transmasculins et transféminines établissent une congruence entre les caractéristiques physiques et l'acceptation sociétale. Selon plusieurs d'entre eux, se sentir masculin dans la vie sociale est induit conjointement par les effets hormonaux et par l'utilisation des pronoms et du prénom choisi. Pour la très grande majorité, ce sont les modifications de la voix qui assoient cette affirmation.

2.1.2 La congruence sociale et corporelle

La quasi-totalité des jeunes soulignent les bénéfices des changements physiologiques qui, dans certaines trajectoires, permettent une resocialisation, une amélioration de l'état psychique, un meilleur accordage avec la famille, et une continuité dans le lien social avec les pairs. Ainsi, être reconnu·e dans le genre ressenti diminue de façon significative l'inconfort et la douleur liés aux mauvais usages des pronoms pour la plupart – qui peuvent aller jusqu'à condamner l'accès à l'espace public (anxiété et/ou phobie sociale). Deux d'entre eux pointent toutefois la tristesse qu'ils ressentent d'avoir eu recours aux hormones pour être en congruence avec les stéréotypes sociaux, et acceptés en tant qu'eux-mêmes.

L'induction d'hormones masculinisantes est rapportée par tous·tes comme réjouissante et très attendue. En déclenchant une puberté de garçon, le ressenti dysphorique a diminué (lorsqu'il était ressenti). Un seul jeune transmasculin évoque la peur qu'il a eue de ne plus se reconnaitre physiquement dans le miroir après la prise d'hormones. Un jeune transmasculin, quant à lui, redoute les effets des hormones, et demande un traitement micro-dosé en faisant valoir sa non-binarité (il suppose que les médecins refuseront de prescrire de la testostérone car certains sont membres de l'association Trans-Santé, appelée aussi FPATH, anciennement la SoFect). La sous-dimension de l'insécurité et de la peur liée à la condition féminine dans la société sont prévalentes.

Les bénéfices de l'accordage avec la sphère sociale sont relativisés par la moitié des jeunes à cause de l'attente des délais d'accompagnement médicaux et des délais de prescription des traitements hormonaux. Ces délais orientent deux des jeunes transmasculins à se diriger vers un parcours libéral en première intention et après

un accompagnement hospitalier pour l'un d'entre eux (+ d'un an d'attente pour un premier rendez-vous). La jeune fille transféminine mentionne qu'elle a acheté des hormones progestatives au marché noir sur Internet. L'attente est parfois douloureuse, au prix d'épisodes dépressifs pour quelques-un·es, d'anxiété sociale pour la plupart, plus rarement de phobies sociales, d'hospitalisation ou de déscolarisation de plus de trois mois. Pour trois jeunes transmasculins, la prise d'hormones masculinisantes revêt un enjeu vital. En égard à la temporalité des trajectoires personnelles, la mise en place des traitements masculinisants ou féminisants est pensée par les jeunes en fonction de l'avancement de leur parcours académique. Certain·es attendent le passage dans l'enseignement supérieur, l'âge de la majorité ou profite d'une année sabbatique pour commencer le traitement, et ainsi s'inscrire dans un nouvel établissement (au sens polysémique du terme inscrire) une fois le passing avancé

2.1.3 Les bénéfices et le confort des chirurgies

Dans le parcours d'affirmation, les modifications chirurgicales sont toutes réalisées après la prise d'hormones masculinisantes ou féminisantes (aucune torsoplastie n'est réalisée sans prise de traitement masculinisant). Ces actes sont réalisés après la majorité civile (âge moyen pour la torsoplastie = 19 ans). Six d'entre eux ont recours à la construction d'un torse masculin et la jeune fille transféminine a souhaité féminiser son visage et se faire poser des implants mammaires.

L'aspect pécuniaire est un frein évoqué par plusieurs jeunes. Les actes chirurgicaux signent la fin du parcours d'affirmation pour trois d'entre eux et elle. Un seul jeune homme transmasculin a choisi de modifier son intimité génitale avec une métaioïdioplastie. Il précise réfléchir aux bénéfices que lui apporteraient une phalloplastie en termes de confort personnel. Trois autres jeunes hommes transmasculins disent préférer attendre que les opérations offrent de meilleurs résultats avant de se faire opérer. Pour d'autres qui s'expriment sur leur intimité, le refus de chirurgies génitales (phalloplasties, métaioïdioplastie, etc.) est motivé par le souhait de porter un enfant.

La construction d'un torse masculin est synonyme de confort physiologique : cesser de porter des soutien-gorge compressifs pour la pratique du sport, par forte chaleur, ne plus se cacher du miroir de la salle de bains, et se baigner en extérieur. D'autre part, la gêne occasionnée par le regard des autres (dans les vestiaires de sport) est exprimée selon des degrés variables. Deux participants transmasculins précisent que le confort retrouvé se situe par rapport à leur propre corps, et non au regard social. Pour un jeune transmasculin, les bloqueurs de puberté ont limité la poussée mammaire ; il n'a pas besoin d'avoir recours à la chirurgie du torse (ou d'un geste chirurgical moins invasif pour aspirer le bourgeon mammaire). A l'inverse, deux jeunes hommes transmasculins décident de conserver leur poitrine après avoir commencé un parcours hormonal masculinisant. Pour le premier, il associe la construction d'un torse masculin avec un ressenti de mutilation malgré l'inconfort important qu'il éprouve à se mettre torse nu et à porter un bandage compressif ; le second dit avoir accepté sa poitrine au fil de la transition. Pour la jeune fille transféminine, les féminisations du visage et du haut du corps ont eu des effets positifs sur sa qualité de vie, et l'ont autorisée à se projeter dans une vie de jeune adulte. Son inscription académique dans une école supérieure a été possible après une réorientation scolaire.

Aucun·e participant·e n'a exprimé de doute(s), de regret(s) ou de souhait(s) de suspendre le traitement masculinisant ou féminisant en cours ou d'interrogations sur une possible transition/détransition/retransition vers un autre genre binaire ou non-binaire.

2.1.4 L'orientation sexuelle

Pour quatre personnes, il s'agit d'un point d'entrée dans le questionnement autour du genre. L'orientation sexuelle hétéronormée, fréquemment renvoyée par les camarades de lycée, fait écho à une incongruité et un point de questionnement pour plusieurs jeunes transmasculins. La projection impossible (depuis le genre féminin attribué à la naissance), de se projeter en « jeune fille romantique » permet à un jeune transmasculin de cheminer dans son questionnement sur la transidentité. Pour d'autres, la réflexion se construit ainsi : suis-je hétérosexuel, homosexuel, bisexuel

ou transgenre. Les questions de l'orientation sexuelle et du genre se confondent et/ou sont explorées à des temps de vie différents. Quatre jeunes hommes transmasculins précisent que leur orientation sexuelle n'a pas changé au fil du parcours. La jeune fille transféminine ne s'exprime pas sur sa sexualité.

2.1.5 La préservation de fertilité

La majorité des jeunes hommes transmasculins interviewés évoquent spontanément les informations qu'ils ont reçues concernant les possibilités de préserver leur fertilité. Un jeune transmasculin rapporte que le traitement suspensif de puberté qu'il a pris n'a pas permis une maturation suffisante de ses ovocytes pour la préservation de fertilité. La jeune fille transféminine fait part de ses réserves quant à cause de la nécessité de suspendre les hormones féminisantes en vue de la préservation. Elle assimile cette perspective à une détransition. Pour un des jeunes adultes transmasculins, la réflexion autour de la préservation de fertilité est amenée en parlant de la sexualité avec son partenaire cisgenre. Cinq jeunes hommes transmasculins n'abordent pas ce point.

Au final, aucune personne interviewée n'a effectué de préservation de fertilité. Pour trois d'entre elles, les raisons sont multiples : attendre que la médecine progresse, préférer l'adoption, ne pas avoir à détransitionner (arrêter les hormones). Si le souhait de porter un enfant est exprimé par plusieurs d'entre eux, la réalisation de ce désir est rendue impossible à cause de la discrimination dans la société envers les hommes enceints. Un jeune homme transmasculin ne justifie pas son refus de préserver. S'il existe la possibilité du recours à l'Aide médicale à la procréation (AMP), l'appréhension soulevée par les jeunes hommes transmasculins reste majoritairement le regard social et les normes sociétales. L'insémination artificielle (avec don de spermatozoïdes pour la partenaire) confronte à l'impossibilité d'avoir un enfant avec son propre patrimoine génétique. Le recours à l'adoption n'est pas souhaité en première intention car les jeunes transmasculins ont le désir de transmettre leur patrimoine (pour deux d'entre eux). Pour un jeune transmasculin, il est important de conserver la ressemblance phénotypique de la couleur des yeux présente depuis trois générations dans sa famille paternelle.

2.2 La dimension sociale

Tous·tes les jeunes de l'étude abordent leurs relations aux pairs, adultes, à la famille nucléaire et élargie, aux institutions et aux médias. La dimension sociale, qu'elle soit abordée seule ou intriquée à la dimension corporelle, est présente dans chaque entretien.

2.2.1 L'annonce

Une sous-dimension de l'expérience relationnelle se situe à l'endroit de l'annonce de la transidentité à la famille, l'entourage, et/ou l'école. Les jeunes emploient en grande majorité le terme de coming-out pour s'ouvrir à l'entourage et/ou à l'institution (hospitalière, scolaire, universitaire) du désir de s'affirmer dans un autre genre. Les quatorze jeunes de l'étude ont tous·tes eu recours à l'annonce publique (orale ou écrite). Cette actualisation de leur position est suivie, dans le même temps ou après, de la demande d'être appelé·es par le prénom choisi et d'utiliser les pronoms idoines.

Toutes les personnes de l'étude ont engagé une démarche d'affirmation sociale avec un changement de prénom au sein de la famille, de l'institution scolaire, et/ou du milieu professionnel. Dix jeunes ont déjà effectué une transition sociale (famille et école) avant de rencontrer un·e professionnel·le de soin du circuit hospitalier et/ou libéral. Douze jeunes transmasculins et une jeune transféminine ont changé leur prénom à l'état civil. Le plus jeune garçon transmasculin de l'étude n'aborde pas ce point.

2.2.2 La fratrie et la famille

Pour quatre jeunes transmasculins, la fratrie est la première interlocutrice à qui le désir d'affirmation est adressée. L'orientation sexuelle du frère ou de la sœur peut être précisé comme un point d'appui non-hétéronormé. Le recours à l'écrit (une lettre déclarative ou un questionnaire sur la transidentité téléchargé sur Internet) est

privilégié. Ce procédé est employé lorsque la communication orale est impossible (trois d'entre eux). La peur de décevoir les parents est souvent un enjeu. L'annonce est faite à un des deux parents (la mère), qui ensuite relaie à l'autre parent ou aux grands-parents pour deux d'entre eux dont le plus jeune de la population. L'annonce est suivie d'une fugue de vingt-quatre heures dans un contexte de déscolarisation et de fragilité psychique chez un jeune. La demande d'utilisation des pronoms dans le genre souhaité auprès de l'entourage social et de la famille précède en majorité le choix du prénom. Toute et tous ont souhaité changer de prénom. Un jeune a masculinisé son prénom. Seuls deux jeunes transmasculins mentionnent leur prénom de naissance (deadname).

2.2.3 Le choix du prénom

Une analyse lexicologique fine impliquerait de livrer les prénoms non anonymisés, mais contreviendrait au cadre éthique de la recherche. Nous décrivons ci-après les modalités de choix de prénom en lien ou non avec les parents et/ou l'entourage proche. La proximité sonore et vocalique avec le prénom de naissance, l'usage du deuxième prénom de naissance en prénom temporaire, la flexion du masculin apporté au prénom de naissance, l'emprunt du prénom à une personnalité médiatique. Des formations lexicales diverses pour le prénom choisi sont notées : le néologisme, le rappel de la terminaison vocalique du prénom de naissance et le passage au masculin du prénom de naissance.

Le choix est guidé par une identification à un personnage de Manga. Le prénom peut aussi être le fruit d'une construction avec un pseudo (que la mère du jeune utilise sur les réseaux sociaux), de lettres du jeu de Scrabble. Il conserve la première syllabe de son prénom de naissance, et y adjoint une « composante catholique » pour avoir l'approbation de la communauté religieuse fréquentée par sa mère.

L'avis des parents, pour la recherche et/ou le changement du prénom, est sollicité à l'exception de deux personnes (transmasculine et transféminine). La majorité des participants soulignent l'importance, voire la nécessité, de la validation parentale. Deux jeunes souhaitent avoir connaissance du prénom que les parents auraient choisi s'ils avaient été assignés garçons à la naissance. Le choix du prénom est un

moment de fragilité pour quatre jeunes où la peur de rupture et/ou de déception des parents est présente. Un jeune transmasculin tempère sa crainte du rejet familial en choisissant un prénom épicène.

La plupart des jeunes sont attentifs·ves au temps d'acceptation des parents, qualifié de temps « d'assimilation » ; le temps que ces derniers actualisent leurs représentations internes, s'en ouvrent à leurs aîné·es, leurs propres parents et/ou à l'entourage social. Les pronoms de naissance sont souvent maintenus le temps de l'acception par le ou les parent(s) en fonction des familles. Seul le père d'un jeune rejette l'affirmation médicale de son enfant.

2.2.4 La présence d'un·e tiers·ce professionnel·e et/ou pair-aidant·e

L'espace d'accompagnement avec un·e professionnel·le de santé psychique est vécu comme un cadre sécure pour que le projet d'affirmation sociale et médicale soit parlé avec la famille, et soutenu. Un jeune transmasculin s'appuie sur le soutien de la pédopsychiatre spécialisée dans l'identité de genre, et sur les consultations lors de son hospitalisation (pour dépression majeure) pour parler sa transidentité avec sa mère.

Un autre jeune transmasculin rapporte que le travail de consultation pédopsychiatrique régulière avec sa famille a permis que sa transidentité soit élaborée et mieux acceptée par son père et son frère aîné. Les associations de personnes concernées, la pair-aidance et les plateformes d'autosupport constituent des lieux ressources d'écoute et de sécurité, où a eu lieu l'annonce (pour plusieurs jeunes transmasculins et leurs familles).

2.2.5 Le changement juridique

La demande du changement de la mention du sexe auprès du procureur de la République a été réalisée par huit jeunes transmasculins. Un participant transmasculin est en cours de démarche. Un jeune qui s'affirme non-binaire refuse de passer devant un tribunal pour « défendre son identité ». Changer de mention de sexe fait craindre de ne plus avoir accès aux parcours de soins en cas de problèmes

gynécologiques pour un jeune transmasculin. Deux jeunes transmasculins ne font pas mention de démarches juridiques.

2.3 La dimension de la discrimination

Sous le terme de discriminations, nous rapportons les violences verbales, physiques et sociales en lien direct avec l'expressivité de genre, l'incongruence de genre, les normes hétéro et cis centrées. Autrement dit : la stigmatisation, le rejet familial, la transphobie internalisée et les difficultés d'accès au parcours d'affirmation sociale, médicale et administrative.

2.3.1 L'espace familial

Au sein de l'espace familial, la majorité des jeunes interviewé·es évoquent, comme nous l'avons dit ci-avant, un temps variable d'acception psychique pour les parents et l'entourage. Ce temps peut être ponctué par l'absence, le refus ou l'utilisation maladroite des pronoms dans le genre ressenti. Le prénom de naissance continue rarement à être employé. Le soutien et la mobilisation de la fratrie sont nécessaires pour les premiers rendez-vous d'affirmation médicale. La non-acceptation de la transidentité par l'un des deux parents peut persister après le parcours d'affirmation de genre. Ce rejet est vécu comme plus douloureux que l'ostracisme perçu dans la vie sociale quotidienne pour un jeune. Aucune situation de rupture familiale complète n'est rapportée pendant le temps de questionnement, de transition ou dans l'après-coup de l'affirmation de genre.

2.3.2 L'espace scolaire et professionnel

Les situations de moqueries et de harcèlements au sein du collège sont légion ; elles sont plus rarement rapportées au lycée et dans les études supérieures bien que présentes. L'expression de la transidentité est perçue par certain·es camarades et pairs comme un moyen ostentatoire d'attirer l'attention et de gagner en popularité dans la cour du collège. Le non-respect (à dessein) du prénom choisi et la

dépréciation du jeune trans dans l'espace académique sont rapportés par plusieurs jeunes transmasculins. Des pairs malveillants reprennent les phrases d'un jeune homme transmasculin en réaccordant les adjectifs et les substantifs de ses énoncés avec la flexion du féminin. Des adultes (infirmière, professeur·es) s'autorisent à maintenir un jeune transmasculin dans une position d'exception stigmatisante par un surnom (« le bac S ») au lieu du prénom choisi (changé sur les listes d'appel), et à porter un avis péjoratif sur le prénom choisi (trouvé trop masculin).

Au sein même du parcours d'affirmation, l'administration universitaire (le Crous) s'inscrit en faux contre le changement de genre sur les papiers d'attribution d'une bourse d'études supérieures. Ou encore, le service des ressources humaines d'une entreprise ne peut pas établir un contrat de travail car la carte de Sécurité sociale ne correspond pas avec la mention du sexe des papiers d'identité en raison des délais de changements administratifs.

Le contexte professionnel est un foyer potentiel de questions indiscrètes et intrusives, de curiosités malsaines sur le parcours de transition pour un jeune transmasculin. Le rapport de subordination et la position d'apprenti rendent difficile l'équité des relations humaines, et oblige le jeune à divulguer contre son gré des informations intimes sur son corps (opérations des partie génitales, sexualité). Si la plupart des jeunes rapportent que le parcours de transition attise les questions malveillantes et déplacées, certains jeunes transmasculins arrivent à se protéger des indiscrétions personnelles et à répondre sur un terrain purement informatif.

2.3.3 L'espace médical

La prise en charge du côté des professionnel·les de santé somatique n'est pas toujours respectueuse de la personne (dentiste, échographe, infirmerie, psychiatre). Des questions déplacées à propos des organes génitaux, hors contexte médical, sont formulées. La discrimination peut subvenir dans la manière d'appeler un jeune transmasculin dans la salle d'attente ; plutôt que de faire usage du prénom choisi ou du patronyme, le professionnel adresse à ses collègues « tiens voilà le trans… ».

2.3.4 L'espace public

Fréquenter et se confronter à l'espace public renvoie à tous·tes les jeunes une dissonance par rapport à eux·elles-mêmes et aux autres, voire une violence non dissimulée. Plusieurs jeunes l'expriment en termes de fragilité : être transgenre c'est une « faiblesse », deux d'entre eux empruntent la non-binarité comme une étape transitoire qui atténue la violence intérieure de l'affirmation transgenre. Être mégenré·es et appelé·es par son prénom de naissance rendent les interactions sociales décevantes, fragiles, les limitent pour la plupart des jeunes, voire suspend les relations avec les pairs et l'espace public (anxiété sociale). L'espace public est perçu par tous·tes les jeunes comme menaçant et comme lieu de dévoilement du genre ressenti avant l'affirmation (d'*outing*). La menace va de l'inconfort (chez tous·tes les jeunes) à la phobie sociale et à l'agoraphobie. Deux jeunes ne peuvent plus, à certains moments de leur trajectoire de vie, investir l'extérieur. L'angoisse (forte) d'être mégenré·e dans les interactions sociales, avant le début du traitement masculinisant et féminisant, est partagée par tous·tes les jeunes à l'exception du plus jeunes des enquêté·es qui n'aborde pas cette dimension.

Des violences verbales fusent de la foule et apostrophent sur la congruence sociale de la personne en humiliant les jeunes transmasculins. Une agression physique est vécue dans un débit de boissons public. L'administration douanière, quant à elle, se montre intrusive lors d'une fouille de routine en s'attardant avec curiosité sur la prothèse pénienne dans le bagage d'un jeune transmasculin.

2.3.5 L'espace communautaire

A l'exception d'un jeune transmasculin, aucun·e ne se reconnait dans le militantisme ou dans la fréquentation de la communauté LGBTI+ ; ils ou elle n'ont pas le souhait de militer et d'y être visibles. Un ostracisme de la part de la communauté LGBTI+ est perçu à l'égard des personnes non-binaires selon un jeune transmasculin.

2.3.6 L'espace médiatique

Les quelques jeunes transmasculins qui ont transitionné il y a cinq ans relèvent un net accroissement de la visibilité concernant les parcours d'affirmation aujourd'hui, et l'ouverture d'espaces d'accueil associatifs, de groupes d'autosupport en non-mixité et des pairs-aidants. Pour plusieurs d'entre eux·elles, les questionnements autour du genre ont débuté après avoir vu une émission télévisée, un reportage, et/ou s'être reconnu·es dans le témoignage d'un pair. La visibilité médiatique a son revers ; plusieurs jeunes rapportent ne pas se sentir légitimes par rapport à leurs pairs trans car les questionnements ont débuté à la puberté et non pendant la petite enfance.

L'analyse des dimensions expérientielles seraient incomplètes sans prendre en compte les modalités relationnelles des personnes enquêtées vis-vis de notre recherche.

Tout d'abord, l'embarras émotionnel que l'on entend dans les réserves à parler en visioconférence, aux rendez-vous non honorés, au ton bref, aux ponctuations hâtives « voilà… c'est tout ». Ou dans des formulations plus directes telles que « je ne suis pas très à l'aise avec les questions en général… là je ne vais pas avoir le temps est-ce que vous pourriez me rappeler… ». Cela traduit une résistance et une prudence pour ménager le vécu intime douloureux et pour taire ce qui ne peut pas se dire *hic* et *nunc* ?

Certaines personnes éprouvent une appréhension à amorcer l'échange et souhaitent qu'on initie les questions à la manière d'un étayage. Centrer le propos sur les étapes du parcours est une façon de situer les jeunes dans leur cheminement, pour laisser venir ce qu'ils et elles souhaitent nous confier. Le discours d'un participant transmasculin fait exception à cette réserve. Il commence directement : « j'ai beaucoup réfléchi cette année au pourquoi du comment de ma condition parce qu'il se trouve que j'ai eu des déboires amoureux… il y a quelques années avec des nanas après j'ai été seul pendant un an et demi et là ça fait huit mois que je suis avec un type… ».

Eu égard aux motivations qui animent les participant·es, certain·es présentent des intentions généreuses « si ça peut aider ». La dette est peut-être un appui transférentiel d'un point de vue fantasmatique ? Le manque d'informations sur la transidentité motive aussi le témoignage de certain·es : « moi j'ai commencé ma transition il y a un certain temps déjà et je pense que ça m'aurait bien aidé à cette époque-là d'avoir plus je pense de professionnels de la santé qui s'y connaissent un peu mieux que ça… pourquoi j'ai dû faire pas mal de mes recherches moi-même et sans avoir beaucoup d'accès ».

– Pour la population issue de la consultation hospitalière, plusieurs participant·es ont mis en avant la relation forte et de confiance avec la docteure de l'équipe – qui semble avoir joué le rôle d'un être secourable dans plusieurs situations de désaide ou de ruptures familiales. Dans les entretiens, la professionnelle de santé a une valeur d'interlocutrice et d'articulation entre le jeune et le ou les parents. Un rôle d'instance tierce. La relation transférentielle entre les jeunes et la docteure irrigue la rencontre que les jeunes ont eu avec notre travail. « J'ai simplement voulu aider, en particulier à cause de mon expérience à l'hôpital » dit un participant qui a été hospitalisé dans le service de pédopsychiatrie où exerce la praticienne hospitalière. La qualité du lien avec la docteure a certainement facilité nos rendez-vous « j'aime beaucoup ce médecin et quand je parle de l'intégralité de la personne c'est ça… quand je la vois une heure on discute de tout et de rien mais la transition est-ce que ça va oui oui et après on parle d'autres choses… ».

– Pour les participant·es recruté·es par les réseaux sociaux, la nécessité de faire avancer les mentalités et la recherche est mise en avant. Un jeune dit : « En fait, bêtement, voilà, comme j'ai fait des études de socio, ça arrivait très fréquemment qu'il y ait des gens qui demandent à faire passer des entretiens, pour leur mémoire ou tout ça, donc, moi, ça me parait important, voilà, quand je peux, de participer, et là, à plus forte raison, comme c'est un sujet qui me touche particulièrement de très près, je trouvais ça important de me dire que voilà, que peut-être en participant, ça pourrait aider à faire avancer les choses. »

La projection se fait l'objet même de la recherche de la clinicienne : « (…) moi je suis étudiant déjà, du coup je sais que si je dois avoir des choses à étudier il faut qu'il y ait des personnes qui acceptent et du coup, bah c'est en partie pour ça que j'ai accepté, puis aussi parce que ce n'est pas quelque chose qui me dérange. Je sais qu'il y a des personnes qui n'accepteraient pas de témoigner comme ça et du coup, vu que moi ça ne me dérange pas et qu'en plus je sais la valeur que ça peut avoir en termes de recherches… ».

L'identification collective au groupe, et à l'inscription de la personne trans dans la société : « et c'est ma manière de contribuer à ça et à faire avancer la pensée collective et sérieuse ». Des affects plus défensifs viennent en début d'échange en présentiel : « Vous avez rencontré d'autres adolescents ici du groupe de parole ? ».

Un autre point de projection, voire d'identification peut-être inconsciente, à notre endroit et plus globalement au cadre traditionnel hétéronormé et cisnormé est souligné par un participant : « (…) ce serait un spectre plus large et il y aurait plus d'opinions différentes et ça permet de dire ah … ce n'est pas juste ça la transidentité et le fait justement d'avoir plus de personnes trans dans le domaine académique … c'est tout aussi pertinent et … pas juste des personnes cis c'est juste que pendant longtemps nos vies et nos parcours ont été théorisés un peu et un peu sensationnalisés par des chercheurs mais aussi par des sexologues ou autres… c'est bien d'avoir l'avis de personnes concernées d'avoir des chercheurs cis et trans qui parlent de ça on est encore loin du compte pour tout ce qui est avoir des philosophes théoriciens chercheurs qui ne soient pas juste genre blancs et riches mais c'est dans les mentalités (…) ». Ce propos fait peut-être écho à la position que soutient Paul Preciado dans son ouvrage intitulé *Je suis un monstre qui vous parle : Rapport pour une académie de psychanalystes* (cf. Partie 1 : Revue de littérature, section 2).

Pour les mineur·es, un biais supplémentaire est présent puisque les parents donnent leur accord. La mère d'un jeune a d'emblée signifié son approbation et a souligné l'importance de travaux universitaires sur la transidentité pour améliorer les prises en soins. Elle nous a enjoint à contacter directement son fils, ne pouvant répondre à sa place d'une part, et d'autre part nous a fait part de la possibilité du refus de ce

dernier qui peut-être n'aurait pas envie d'évoquer des périodes sombres d'ostracisme et de harcèlement scolaires qu'il a traversées. Le jeune a accepté notre proposition d'échange ; il a passé sous silence la question du rejet social et des discriminations. Nous n'avons pas rencontré de situation où le jeune a refusé après l'aval du parent. Aucun·e participant·e n'a émis de réticences ou de questions sur la finalité de l'utilisation des données ou l'anonymisation des éléments distinctifs (prénom, lieux) qui pourrait identifier une personne au travers de la restitution du témoignage. Une des questions directes qui nous a été adressée a été au sujet de notre position par rapport aux membres de la SoFect. Elle nous a fait entendre l'agressivité que la position de chercheuse et de clinicienne peut amener.

Ainsi, les dimensions expérientielles et le transfert des jeunes sur l'étude enrichissent ce travail.

D'une part, nous concluons à la complexité, la polysémie (corps psychique et corps physique) et l'interrelation des dimensions entre elles (corps et regard social ; corps et invectives/agressions physiques). Nous remarquons que, si le corps peut s'éprouver dans l'intimité intérieure et personnelle du ressenti, la dimension corporelle expose et inscrit le sujet dans l'espace ludique, social, au contact des normes collectives individuelles et collectives du masculin, féminin et de la non-binarité. Le sujet est vu et regardé par l'autre et par les autres en fonction de son corps, de sa voix, des vêtements qu'il ou elle porte, et du choix de son orientation sexuelle. Le corps est donc porteur d'un statut.

Quant à la nécessité de temporaliser les trois dimensions, nous relevons (dans l'après-coup de l'analyse des résultats) qu'un quatrième fil dimensionnel est manquant : le temps. François Pommier rappelle que « le sentiment d'identité se fonde sur l'image spéculaire et qu'il interroge le rapport au temps, trouvant son origine à partir du processus de séparation-individuation c'est-à-dire dans la différenciation psychique entre soi et la mère qui se dessine progressivement à partir de la relation primaire la répétition étant nécessaire pour conférer une certaine stabilité au sentiment d'identité. » (Pommier, 2011, p. 162). Il s'agit du temps en qualité de marqueur chronologique (de repère) des récits de vie. Un temps qui

permet de situer les questionnements depuis les stades développementaux (prépubère/pubère/jeune adulte), et qui inscrit les volets de l'affirmation sociale, médicale et/ou juridique par rapport à l'âge du sujet.

Ensuite pourrait s'ajouter un temps constitutif de la subjectivité : avant/pendant/après la transition marque le désir et la satisfaction liés à l'affirmation du sujet. Un espace-temps où le sujet se déplace dans son histoire, revisite le passé, repère la place à laquelle il a été assigné. Les affects de peur imaginaire (externe et interne), d'effroi dans la réalité, et de honte sous le regard de l'autre, émaillent le discours des jeunes à chaque temps logique de leurs récits. Une peur singulière adressée aux parents – de les décevoir, perdre leur amour, les mettre en porte-à-faux vis-à-vis de l'entourage social et des aînés, est majoritairement présente. Aucun jeune n'a pu cheminer intérieurement et socialement sans solliciter l'appui d'un parent et/ou d'un tiers (ami·e ou fratrie).

Partie 4 : La discussion

« Mais si le contretransfert est au cœur de la cure analytique, il l'est également dans toute relation de soin et de recherche. » (Laroche-Joubert et al., p. 126). La discussion de la thèse nous invite à situer les enjeux défensifs depuis notre position de chercheuse-clinicienne dans l'étude. Fort de cet outil d'analyse qu'est le contretransfert, nous poursuivrons par la lecture rétroactive de la démarche phénoménologique qualitative : la construction de l'outil, l'analyse des entretiens ordonnée par portraits successifs. Les enjeux théorico-cliniques seront discutés depuis les notions, les concepts et le savoir des personnes trans interviewé·es.

Nous proposerons des perspectives pour la prise en soins des personnes trans depuis le redéploiement des réflexions ciscentrées. Ces éléments situés sont nécessaires pour nourrir la discussion scientifique autour des enjeux éthiques de la transidentité, à l'heure où la prise en soins médicales des mineur·es et de leurs familles est chahutée sur la scène médiatico-politique (Condat et Cohen, 2023).

CHAPITRE 1 – L'ANALYSE DU CONTRETRANSFERT

Georges Devereux rappelle que le contretransfert du chercheur·euse doit être pris en compte dans toute recherche en sciences sociales puisque l'observateur introduit des éléments spécifiques liés à sa personne dans la situation de terrain (Chaussecourte, 2017). Ces phénomènes sont actifs dans toutes les interactions humaines (professionnelles, hiérarchiques, amoureuses, représentations culturelles), et se retrouvent sous la forme d'affects (compassion, indifférence, honte, rejet, culpabilité). Ils nécessitent d'être repérés afin d'encombrer le moins possible la clinique. Donald Winnicott emploie le terme très imagé de « charge affective » pour décrire ces embarras.

L'analyse des contre-attitudes (dont la position générationnelle, le sexe d'assignation et la position de classe font partie) apporte un outil supplémentaire pour lire la complexité des récits de vie des jeunes trans, et aller au-delà de la lecture de la notion conceptuelle de la transidentité (Laroche-Joubert et al., 2018).

1.1 L'impact du contexte politique

Le sujet de notre recherche est pris dans le contexte politique contemporain. Nous retenons trois points pour éclairer l'analyse du contretransfert : l'actualité parlementaire, le contexte européen et la sortie du film « Petite fille » (2020) sur la transition sociale d'une enfant prépubère. Les paroles réactionnaires liées au contexte politique permettent de faire entendre haut et fort la rigidité des catégories du masculin et du féminin, les défiances devant le sexuel et les résistances à l'accompagnement. « On a beau aspirer à une explication univoque de ces variations le corps s'y refusent » (Laufer, 2014, p. 284).

Au sein du groupe majoritaire des Républicains, la sénatrice républicaine Jacqueline Eustache-Brinio mène un groupe de travail sur la transidentité des

mineur·es[181]. En 2020, cette dernière avait déposé plusieurs amendements visant à supprimer la notion d'identité de genre afin de rendre inapplicable le texte sur les thérapies de conversion[182] (interdites depuis janvier 2021).

L'existence d'une opposition politique active face aux mesures de prise en soins existantes et aux recommandations internationales (cf. Partie 1 : Revue de littérature, section 3, chapitre 3) peut être pensée à la lumière des travaux du psychologue Nicolas Evzonas. Il rappelle que l'idéologie politique est susceptible « d'entraver la vocation analytique consubstantielle à l'exploration de l'inconscient par définition anormatif et politiquement incorrect » (Evzonas, 2019, p. 11). La perspective d'une éventuelle suspension des traitements médicaux en France laisse sourdre en nous un certain abattement. Ces éprouvés étaient déjà présents lors des entretiens de recherche (2020) à l'écoute des violences verbales et physiques.

Bien que la passation de nos entretiens soit antérieure à la constitution du groupe de travail au Sénat, l'agitation médiatique et politique grandissante autour de la transidentité en France et en Europe[183] a un effet inquiétant sur notre pensée clinique. Le climat actuel questionne les prises en soins des jeunes mineur·es, et indirectement notre pratique. Nous vivons ce climat hostile comme une discrimination supplémentaire sur les jeunes trans, qui se surajoute au poids du regard social cisnormé et aux stéréotypes rigides des expressions de genre. Ceci n'est pas sans provoquer de vifs mouvements internes, non secondarisés par l'élaboration. Nos affects sont pétris d'un sentiment de révolte et d'incapacité de formulation ; nous les situons du côté d'une injustice.

Une partie de l'opinion publique, poreuse à la désinformation scientifique relayée par certains médias, reste sourde au mieux être qu'apporte la prise en soins des

[181] https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/changement-de-sexe-la-droite-du-senat-lance-un-groupe-de-travail-sur-la-transidentite-des-mineurs
[182] https://www.publicsenat.fr/actualites/non-classe/le-senat-adopte-la-loi-interdisant-les-therapies-de-conversion-191521
[183] Symposium de l'*European Professional Association for Transgender Health*, 25-28 avril 2023.

personnes trans (sociale, psychologique, médicale et/ou juridique pour le statut de la personne)[184].

Ceci nous amène à écrire que la position de la chercheuse-clinicienne (et de la clinicienne) est éloignée de la position « classique » d'une écoute neutre et silencieuse. Sur ce point précis, l'écoute clinique des questions trans peut être mise en perspective avec la clinique du trauma. Dans le sens où le silence de la clinicienne est vécu comme redoublant le traumatisme, et donc mortifère. La position contretransférentielle du récit des violences mérite une intervention dynamique et active du thérapeute (Laroche-Joubert et al., 2018).

Nous souhaitons nous ouvrir des mouvements idéologiques et politiques qui ont occupé la scène médiatique en 2021-2022 car ils sont en lien étroit avec l'intensité de nos éprouvés contretransférentiels. Bien qu'évoqués dans la revue de littérature, nous redonnons ci-après les éléments contextuels. Alors que la huitième édition des recommandations internationales de 2022 (WPATH)[185] ne mentionnent pas d'âge pour la prescription des hormones, en France certain·es psychiatres, universitaires, psychologues questionnent la prise d'hormones avant 25 ans, et les bénéfices psychiques et sociaux pour les jeunes[186]. Le Comité consultatif national d'éthique a été saisi ; des pétitions dans les médias attirent l'attention sur le développement de l'enfant et l'atteinte du corps physiologique. L'argumentation s'appuie sur la clinique montrée dans le documentaire télévisuel « Petite fille » de Sébastien Lifshitz, et sur une littérature scientifique qui omet l'apport des derniers travaux internationaux et les pratiques des équipes pluridisciplinaires françaises. Les procès, notamment en Angleterre (procès Keira Bell de la Haute Cour de Londres) de personnes ayant détransitionné, permettent d'asseoir leur point de vue. Pour information, la cour d'appel d'Angleterre et du Pays de Galles a jugé qu'il revenait à l'équipe médicale de déterminer si des adolescent·es peuvent ou non accepter de suivre un traitement bloquant la puberté avant d'entamer un processus de transition

[184] Nous employons le terme de statut en référence aux travaux de l'anthropologue Laurence Hérault.
[185] https://www.wpath.org/soc8
[186] L'Appel de l'Observatoire des discours idéologiques sur l'enfant et l'adolescent : impacts des pratiques médicales sur les enfants diagnostiqués « dysphoriques de genre » consultable à l'adresse suivante : https://www.observatoirepetitesirene.org/appel

pour changer de genre. La justice britannique a donc infirmé la première décision rendue le 1er décembre 2020[187] (Condat & Cohen, 2022).

Pour revenir plus directement à nos contre-attitudes, verbaliser ces éprouvés internes a pour objectif de prendre position contre le poids des normes cisgenrées, et contre ce que nous appelons un double fardeau – à défaut de mieux l'élaborer. La souffrance que certain·es jeunes expriment est renforcée par l'accueil violent que l'espace social et sociétal réserve à des positions personnelles non-congruentes avec les normes cisgenres. Ces violences nous semblent d'autant plus iniques et cruelles que la revue de littérature (méta-analyses et études de cohortes) conclut à l'amélioration du fonctionnement interne et relationnel, et à la réduction des facteurs de risques psychosociaux après l'accès à la transition sociale et/ou médicale. Le savoir des personnes concernées et des études cliniques sont unanimes sur ce point. Le fait que nos résultats de recherche corroborent ces points-là alimente notre sentiment d'injustice face aux discriminations des personnes concernées. Manifester verbalement notre indignation pendant les entretiens de recherche lors de l'évocation des agressions subies par les jeunes trans agit comme un mécanisme de défense, en mettant à distance ce qui participe d'un insupportable pour nous dans le non-respect de la singularité de la personne.

Avoir mis au jour ces éprouvés nous permet de poursuivre l'analyse d'un clivage que nous avons maintenu tout au long de l'étude entre le parcours de transition (les différents volets) et la réalité psychique des jeunes trans (les événements versus les

[187] A l'origine de ce procès, une jeune femme de 23 ans Keira Bell, prise en charge à 15 ans pour une dysphorie de genre par le service GIDS (*Gender Identity Development Service*) du *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*. La jeune fille a reçu des bloqueurs de puberté. A 17 ans, elle a pris un traitement pour masculiniser son apparence. A 20 ans, elle avait subi une torsoplastie. Quelques mois plus tard, elle regrettait son parcours et s'identifiait dans son sexe d'assignation à la naissance. Elle a assigné en justice le *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust.* Sa demande a été accueillie le 1er décembre 2020 par la Haute Cour de Londres. Il a été retenu que la clinique (*Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*) s'était efforcée de donner aux enfants et à leurs parents des informations nécessaires et adaptée à leur âge pour consentir à la décision médicale avec la difficulté que cela induit du consentement pour une personne mineure. Le 17 septembre 2021, la Cour d'Appel d'Angleterre a infirmé ce jugement, estimant que l'absence de consentement de l'enfant ne pouvait devenir un principe général et refusant de confier aux tribunaux le soin d'apprécier la capacité de l'enfant à consentir.
https://www.judiciary.uk/judgments/r-on-the-application-of-quincy-bell-and-a-v-tavistock-and-portman-nhs-trust-and-others/

éprouvés). Ce mouvement met à distance, voire neutralise, les éprouvés psychiques des enquêté·es comme pour les préserver inconsciemment. La quête d'historicisation et des aspects tangibles du parcours obstrue l'expression de la conflictualité intrapsychique.

1.2 Questions de métapsychologie

Notre formation académique de clinicienne nous invite à mesurer les limites de la vulgate œdipienne, et à interroger l'inadéquation partielle de la représentation binaire des sexes avec l'élaboration de la transidentité. « Il [Freud] s'évertue à établir une symétrie entre les sexes : angoisse de castration côté masculin et envie du pénis côté féminin. » (Bourlez, 2018, p. 66).

La conceptualisation des théories sexuelles infantiles depuis l'Œdipe et ses implications normatives n'est pas suffisante pour penser les questionnements et les affirmations de la transidentité. Le philosophe contemporain Fabrice Bourlez propose de dépasser l'universalité de l'Œdipe et la boussole phallique lacanienne. L'œdipe pourrait être pensé « comme un passage possible, à une époque donnée pour la constitution de la subjectivité. ». Il ajoute : « Reste donc à repérer, sur les ruines de l'œdipe comment les sujets s'y prennent aujourd'hui pour vivre, souffrir et s'aimer. » (Bourlez, 2018, p. 97).

En revanche, les dimensions sociales et collectives que Freud apporte dans ses textes princeps (1913 à 1927)[188] sont opérantes pour lire les verbatims des jeunes trans. Freud a posé que la psychologie individuelle procède du même mouvement que la psychologie sociale. La complexité interrelationnelle entre le corps, les expressions sociales de genre et le regard politique est révélée dans les résultats de recherche. Les vécus et les désirs expérientiels de la transition de genre sont

[188] « Totem et tabou » (1913), « Psychologie collective et analyse du moi » (1921), « L'avenir d'une illusion » (1927), « Malaise dans la civilisation (1929), « Pourquoi la guerre » (1933).

consubstantiels des représentations collectives, qu'il s'agisse des stéréotypes ou des expressions de genre du masculin, du féminin ou de la non-binarité.

Cet éclairage aurait aussi pu avoir lieu depuis les travaux d'ethnopsychiatrie *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967). Georges Devereux met en tension la géographie individuelle et collective dans la dimension politique des fantasmes. Le collectif est intériorisé depuis notre place de chercheuse, au travers de notre affiliation cisgenre féminine, orientation sexuelle hétéronormative, position professionnelle et générationnelle.

Les notions de semblable et de dissemblable sont mobilisées au travers de l'analyse de nos contre-attitudes. L'écart du statut du genre (cis/trans) s'apparente au dissemblable, et la similitude entre sujet (appartenir à la condition humaine, un parlêtre) s'apparente au semblable. Dans la reconnaissance de l'orientation sexuelle et du genre, François Pommier pointe qu'il existe du « dissemblable dans le semblable ». Il écrit : « (…) la capacité de pouvoir accueillir ce qui apparaît, parfois à la faveur d'un moment de clivage ponctuel chez le praticien, permettent [l'orientation sexuelle et le genre] de constituer les bases de la relation transférentielle sans préjuger bien sûr de certains paliers d'incertitude »[189].

[189] Pommier, F. (2011). Processus de reconnaissance et orientations sexuelles. In D. Cupa, H. Parat, & G. Chaudoye, *Le sexuel, ses différences et ses genres* (p. 161). EDK, Groupe EDP Sciences, p. 163

CHAPITRE 2 : RETOUR SUR LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Nous cherchons à savoir quelle empreinte a eu la méthodologie sur la récole et la structuration des résultats au travers des modalités de recrutement, le recueil des données, la lecture des portraits individuels et des dimensions expérientielles.

2.1. La méthodologie phénoménologique

Un point contretransférentiel se loge dans le choix de la méthodologie. Ce choix n'est pas sans écho à notre position défendue eu égard aux vécus des personnes trans. Pour maintenir une distance inconsciente avec les éprouvés de discriminations et de violences, nous avons accordé un long temps à la recherche des unités de sens et à l'élaboration de graphes qui schématisent les parcours de transition (cf. Annexe 2). Dans l'analyse des verbatims (cf. Partie 3, chapitre 1 – Portraits individuels), nous avons scindé les portraits en deux partitions : le parcours avec les volets de transition et les éléments de discursivité.
Dans l'après-coup de la rédaction, nous interrogeons la lecture clivante du parcours de transition et des éléments subjectifs. Masqué sous le sous-titre « Les éléments de discursivité », nous avons essayé de ramener des indices de la subjectivité des personnes enquêté·es. Peut-être est-ce une manière projective de mettre à l'abri les jeunes de leurs propres récits de vie à l'endroit de l'ostracisme et du rejet. La méthode d'analyse que nous avons retenue repose sur le repérage des embrayeurs temporels du parcours de prise en soins, et mobilise le savoir linguistique de nos études initiales (cursus universitaire en Lettres modernes). Nous avons ainsi fait l'économie d'une analyse psychopathologique approfondie (mouvements défensifs, affects, etc.).

Parmi les défis contretransférentiels auxquels la clinique trans confronte les clinicien·nes, le psychologue Nicolas Evzonas, attentif aux embarras que provoque cette clinique, relève le vacillement identitaire interne induit par l'accueil des dires

relatifs à l'effraction du sexuel. L'analyse de ce clinicien est congruente avec les réactions passionnelles que suscite la transidentité dans le débat médiatique, politique et social. Outre, les motions de violences et d'injustices dont nous nous sommes ouverte à plusieurs reprises, nous n'avons pas ressenti d'angoisses primitives « d'empiètement, de dislocation, d'engloutissement par l'autre » (Evzonas, 2021, p. 105). Ni de mouvements contretransférentiels de l'ordre d'une attaque des assises narcissiques et de notre genre.

Nous relevons une prudence exacerbée dans la conduite des entretiens en refusant d'approfondir certaines thématiques conversationnelles. Par effet de contraste, notre pratique clinique institutionnelle en CMPP où nous sommes consultante et thérapeute (hors champ de la recherche), a fait ressortir cette défense. Il est arrivé en psychothérapie de projeter une cisnormativité sur une jeune fille trans en lui demandant si elle n'était pas gênée par les menstruations.

Bien que nous ayons dégagé ces vulnérabilités dans la revue de littérature, c'est grâce à la mobilisation du contretransfert que nous prenons la mesure des affects de la peur, la honte, la stigmatisation et la fragilisation psychique. Pour être transparente, nous avons été fortement tentée de faire l'économie de l'écriture des enjeux transférentiels et contretransférentiels au prétexte fallacieux qu'il s'agissait du cuivre des entretiens de recherche, et non de l'or d'un matériel clinique inconscient recueilli en thérapie. La tiercéité du comité de suivi de thèse a été nécessaire pour nous aider à extraire la sève subjective des entretiens. Lors de la rédaction des premiers résultats, nous nous sommes abritée derrière une lecture pseudo quantitative des démarches du parcours d'affirmation et du circuit d'accompagnement choisi (libéral ou privé), nous tenant ainsi à distance de notre propre dynamique désirante (face à l'objet de notre recherche).

La lecture de la dimension subjective et des éléments psychodynamiques a été possible dans l'après-coup de la rédaction des résultats de la thèse – comme empêchée par la navigation de notre propre boussole de clinicienne-chercheuse qui est restée retranchée derrière l'objectivation des parcours. « La difficulté à cerner la notion de contretransfert tient naturellement à la multiplicité des facteurs qui

entrent en ligne de compte mais surtout à l'encombrante dimension inconsciente de l'essentiel de ces facteurs » (Denis, 2006, p. 348).

2.2 La construction de l'outil et le déroulement des entretiens

L'élaboration de la grille d'entretien aurait mérité d'être réalisée en concertation avec les associations de personnes concernées, et les organisations représentatives des communautés trans et d'autres diversités (racisées, intersexes, neurodiverses, etc.). Cette exigence aurait favorisé une exploration des dimensions intersectionnelles (Turner, 2018). Des études canadiennes sont par exemple sensibles aux regards croisés entre l'identité trans et autochtone – populations exposées à l'exclusion sociale, la violence, la dépression et au suicide (Pullen Sansfaçon, Lee, et al., 2022). Nous ajoutons le croisement entre l'adolescence et l'exil à explorer (Feldman & Boudarse, 2022).

L'étude qualitative récente de la chercheuse Annie Pullen Sansfaçon montre que ces groupes sont surreprésentés dans les situations d'itinérance, d'incarcération, et dans les services de protection de la jeunesse (Pullen Sansfaçon et al., 2022). Ce dernier point est d'ailleurs congruent avec la représentation des jeunes confié·es à l'ASE qui ont été reçu·es à la consultation Diversité de genres de la Pitié-Salpêtrière (5,86 %) (Lagrange et al., 2023).

Le cadre hospitalier, principal terrain de notre recherche, introduit un biais sur la production des énoncés des participant·es. Nous notons que des espaces de parole sont proposés dans le dispositif de la consultation Diversité de genres : la psychothérapie individuelle et groupale pour les jeunes et les parents (Rabain, 2021). Ces espaces s'articulent à l'accompagnement social, médical et juridique contrairement à la prise en soins en ville où chaque volet du parcours de transition est à initier par les familles. Une question de santé publique latérale à notre étude se pose : est-ce qu'un·e professionnel·le de santé publique en ville peut porter la coordination des soins, voire l'adressage en cas de besoins spécifiques. Nous

faisons référence à deux points : les principales cooccurrences retrouvées dans les études cliniques en santé psychique et les vulnérabilités en lien avec l'espace social (et à la corrélation des deux)[190]. Nous nous faisons le relai de la voix associative pour rappeler que l'auto-organisation des personnes trans en santé communautaire a précédé l'organisation du dispositif médical (Jutant et al., 2023). Elle est venue en réponse aux oppressions des personnes trans les plus précaires qui n'ont pas accès aux prises en soins.

2.3 L'entretien unique

Dès le début de l'élaboration méthodologique de la thèse, nous avons retenu un format d'entretien unique. Ce choix, bien qu'autorisé par l'IPA, a été motivé par l'impact de la recherche auprès des personnes concernées : un sentiment de méfiance, d'épuisement et une sursollicitation (Lupien, 2021). S'agissant d'une approche fondée sur les questionnements et la trajectoire des personnes qui sollicite les événements de vie, nous avons pris en compte la sollicitation des minorités à participer à des interviews. Un second ou troisième entretien au moment de l'analyse des résultats aurait permis d'entendre les jeunes à deux temps différents du parcours d'affirmation.

In fine, le choix de l'entretien unique apparaît sur certains points antinomiques avec la démarche de recherche et incongruent avec le sujet de la thèse sur le devenir du sujet adolescent·e et jeune adulte. Donald Winnicott écrit dans l'un de ses articles concernant l'envie ou la nécessité de questionner la sexualité chez un sujet avant que la personne n'ait atteint l'aptitude de pouvoir en assumer un quelconque discours : « Qui pose des questions aura des mensonges en guise de réponse »[191]. Cette citation illustre une des limites de notre dispositif d'entretien, sans toutefois

[190] On se reportera aux chiffres donnés dans la présentation de l'article sur l'étude des profils cliniques dans une consultation Diversité de genres à la Pitié-Salpêtrière (Lagrange et al., 2023).
[191] *Adolescence in The New Era in Home and School,* vol. 43, n° 8, oct. 1962, p. 145-156, d'après une conférence faite au *London County Council*, février 1961.

garantir non plus que plusieurs entretiens auraient levé cette résistance. Si l'orientation sexuelle est parfois le point de départ du questionnement, seul un jeune adulte transmasculin s'ouvre de ses craintes pendant les pratiques sexuelles. Il est donc impossible de mieux éclairer la question de la sexualité avec le matériel de recherche ; d'autant plus que la sexualité relève d'une construction complexe et multidimensionnelle (Wolff et al., 2017). L'âge auquel les jeunes transmasculins et transféminines débutent leur sexualité est plus tardive que leurs pairs cisgenres (Poteat et al., 2021), (Bungener et al., 2022). Le faible taux de réponses sur la sexualité dans l'étude des profils cliniques des adolescent·es trans et en questionnement confirme ce point (Lagrange et al., 2023). A l'appui de quelques réponses, il est relevé une proportion égale entre les personnes hétérosexuelles et homosexuelles. Les risques de dépression sont deux fois plus élevés pour les personnes homosexuelles ou bisexuelles (Lhomond & Saurel-Cubizolles, 2009), et le poids des normes héténormatives (et de l'homophobie) aggravent les troubles anxiodépressifs ou la suicidalité (Suen et al., 2022).

Selon le référentiel psychanalytique clinique, c'est à l'appui la relation transférentielle du cadre que s'installe une relation suffisamment contenante pour déposer les affects et les mouvements pulsionnels – processus particulièrement en tension à l'adolescence (Pommier, 2023). Avec l'aide de Fabrice Bourlez, nous rapprochons les enjeux œdipiens mobilisés à l'adolescence de « l'impensé hétéronormatif ». Le philosophe attire notre attention sur le fait que « la matrice de la psychanalyse reste hétéronormative aussi longtemps qu'elle refuse de troubler ces leviers fondamentaux de la construction psychique [le complexe d'Œdipe]. » (Bourlez, 2018, p. 212). A l'appui de la théorie de la bisexualité psychique, le psychanalyste avance que devenir un « vrai » homme ou une « vraie » femme n'est possible qu'en devenant soi-même « l'objet d'amour perdu ». Il est ainsi nécessaire de ne plus se référer uniquement à « *la* différence des deux sexes dans l'investigation inconsciente » (Bourlez, 2018, p. 215) – avancée théorique proposée par Judith Butler « En termes lacaniens, il apparaît que la division [clivage intérieur du sujet qui conduit à la dualité des sexes] est toujours l'effet de la loi, et non une condition préexistante sur laquelle agit la loi » (Butler et al., 2006, p. 143).

2.4 La constitution de l'échantillon

L'absence de parité entre les personnes transféminines et transmasculines (une jeune transféminine pour treize jeunes transmasculins)[192] ne permet pas de rendre compte de façon solide des spécificités des parcours masculinisants et féminisants. Notre point de comparaison en termes de ratio est la population de la consultation des enfants et des adolescent·es de la Pitié-Salpêtrière vu·es entre 2012 et 2021 : 58 % de personnes transmasculines, 28 % transféminines, 8 % non-binaires, 6 % en questionnement (cf. présentation de l'article dans la partie 1 : Revue de littérature), (Lagrange et al., 2023).

Notre étude n'a pas collecté d'informations sociodémographiques, c'est-à-dire l'âge à la première consultation d'un·e professionnel·le de santé, de l'accompagnement du parcours ou de pair-aidance, le niveau socio-économique, la situation familiale du jeune qui vit avec ses deux parents, parents séparés, un seul parent, ou bien est placé·e à l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

[192] Pour mémoire : trois entretiens sur quatorze sont issus du recrutement sur les réseaux sociaux de personnes concernées. Onze jeunes ont bénéficié d'un accompagnement avec l'équipe pluridisciplinaire du GHU la Pitié-Salpêtrière. Deux d'entre eux sont toujours suivis dans ce service. Pour cinq d'entre eux, nous les avions rencontrés, lors d'un ou plusieurs rendez-vous dans le cadre de notre stage d'observation avec l'équipe pluridisciplinaire de la Pitié-Salpêtrière.

CHAPITRE 3 – LES ENJEUX THEORICO-CLINIQUES

3.1 Les notions et concepts depuis les résultats

Nous discutons la disparité terminologique utilisée par les jeunes transmasculins et transféminines pour décrire et qualifier leurs vécus et expériences de la transition. C'est dans la complexité du tissu relationnel à soi et aux autres que les jeunes se nomment, et sont nommé·es (verbe et regard).

En premier lieu le terme « transsexuel », bien que chargé d'une connotation pathologique et ôté des référentiels de prise en soins (cf. Partie 1 : revue de littérature, chapitre 1), émaille le discours de certains jeunes transmasculins. Ils situent leur ancrage personnel dans un changement radical du sexe de naissance plutôt que dans l'expression du genre. L'association d'idées entre le parcours et la représentation autour de la naissance dans le « mauvais corps »), renvoie à une convention. Cette norme énonce abruptement la marche à suivre pour être dans les attendus sociaux et sociétaux[193]. En ce sens, le corps social d'une personne répond à une attente surmoïque et fantasmatique collective. L'expression d'une hostilité internalisée de la différence sociale, imprégnée des discours conservateurs actuels, obère le discours des jeunes. La justification essentialiste (l'erreur de la nature) dont ils se saisissent révèle un foyer politique discriminatoire fort.

L'expression la plus largement utilisée dans les résultats est « trans » et/ou « transgenre ». Elle semble correspondre à la position subjective des jeunes de l'étude et aux demandes des personnes concernées du milieu associatif et/ou de pair-aidance (Beaubatie, 2021). Si certain·es jeunes se sentent stigmatisé·es, plusieurs d'entre eux·elles rappellent qu'ils·elles sont avant tout des personnes à part entière – avant d'être un individu caractérisé par un adjectif qualificatif (« trans », « transgenre », « [personne] concernée »). « Je ne suis pas un transgenre je ne suis pas une femme je suis Victorus » rappelle un jeune adulte transmasculin

[193] L'étymon latin du terme « norme » est *norma* l'équerre.

de notre recherche. L'usage d'un adjectif qualificatif en substantif pour qualifier une personne [une personne transgenre => un transgenre], ajouté à l'élision du terme « personne », marque une stigmatisation profonde.

Le recours quasi systématique à l'usage de la dénégation dans l'autonomination des jeunes : « je *ne* suis *pas* une femme » souligne le poids de l'assignation civile et corporelle qui pèse sur la continuité d'être (soi)[194]. Les papiers d'identité situent une personne dans un système binaire grâce à des coordonnées extérieures. Ces combinatoires catégorielles générales du masculin et du féminin passent sous silence la dimension du singulier, et le statut même de la transition vers un autre statut.

3.1.1 La notion d'identité de genre

D'un point de vue syntaxique, le terme « identité [de genre] » est construit par dérivation. C'est l'« identité de… » qui est référée par rapport au statut de naissance. Cette articulation lexicale entre « l'identité » et « le genre » pose le sujet comme étant défini depuis l'état civil. Employer le terme « identité » essentialise et totalise la question du genre, en plus de ne pas être un concept psychanalytique (cf. Partie 1 : Revue de littérature, chapitre 2 – L'identité du sujet). Nous préférons le terme de statut, largement employé en sociologie.

Bien qu'il soit vain de remplacer un concept par un autre, ou de changer d'épistémologie au gré des impasses rencontrées, nous concluons que le non-alignement entre le sexe attribué à la naissance et le genre ressenti ne relève pas d'une identité ni d'un mouvement qui substitue le sexe par le genre. Il peut s'agir de changer de sexe et non pas de genre et plus fréquemment d'un ressenti du côté du devenir – être soi-même. Autrement dit d'une tentative de réponse créative à la question fondamentale du manque à être psychique et ontologique, qui échappe au truchement catégoriel.

[194] Pour rappel des résultats : « je ne suis pas une femme », « je suis un garçon manqué », « c'est plus comportemental social que physique ».

3.1.2 La dépathologisation

Faire l'impasse sur la discussion du concept d'identité de genre reviendrait à entendre les transitions sociales, médicales et/ou juridiques comme un « état » figé du sujet. Un avant/après que l'on peut traduire dans l'épistémologie psychanalytique par continuer à vivre en « faux-self » (Winnicott, 2000).

Individualiser les parcours d'affirmation plutôt que de les subjectiver fournirait une étiologie biologique à la question du devenir soi-même, au même titre que toutes autres tentatives d'explications du côté du trauma, du poids du désir parental concernant le genre de l'enfant à naître. Ce point d'éthique clinique pose l'objectivation des raisons qui nous semblent délétères. Pourquoi faudrait-il des raisons supposément valables pour transitionner (Ashley, 2022a). Nous y lisons une question autour de la légitimité, et de la difficulté à s'autoriser à être soi dans la société.

Le glissement conceptuel de la pathologie à l'individualisation de la personne (maladie/individu) questionne. Si les concepts et les notions ont évolué grâce au militantisme des personnes concernées, nous restons étonnée du couple notionnel de départ et d'arrivée : la maladie/pathologisation (le transsexualisme) et l'identité (de genre). L'espace public pourrait être pensé par la politique comme un lieu d'expression de la diversité et d'affirmation du spectre du masculin et du féminin.

D'un point de vue sociétal, nous réitérons le manque de discernement de certaines littératures scientifiques (Littman, 2018)[195] et des discours qui occupent la tribune de la presse française et internationale (« New York Times », *President Of Transgender Medical Org Says Peer Pressure Can Lead Kids To Transition*)[196]. Nous revenons sur un point à l'appui de nos résultats : le phénomène d'exposition

[195] En 2019, un correctif a été apporté par l'éditeur de la revue Plos One, aux deux articles précédents de Lisa Littman (étude descriptive en 2017, interviews de parents en 2018) pour apporter des éléments supplémentaires sur le contexte en réponse aux questions pointées par l'auteur.
Littman, L. (2019). Correction: *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria.* Plos One, 14(3), e0214157.
[196] https://dailycaller.com/2023/01/24/wpath-peer-influence-transgender-kids-marci-bowers/

des jeunes aux discours des influenceur·seuses et des réseaux sociaux. La notion de « *Rapid-onset gender dysphoria* (ROGD) » (« coming-out sans crier gare »)[197] a été avancée pour décrire un phénomène de contagion sociale (Bauer et al., 2021). Il ne s'agit ni d'une hypothèse étayée scientifiquement (Bonfatto & Crasnow, 2018), ni d'un diagnostic selon la WPATH, mais d'un biais pour gonfler les débats sur les regrets, et retarder l'accès au parcours d'affirmation médicale et chirurgicale. Nous entendons, dans une crudité non dissimulée, le retour du refoulé pathologisant à travers les termes de « contagion », « épidémie » qui ont pu être employés par des universitaires et professionnel·les du psychisme sur la scène médiatique. Ces attaques, la désinformation scientifique, et le défaut d'écoute de la parole des jeunes et des familles concerné·es n'interrogent ni la condition féminine (normes rigides imposées aux femmes et à leur corps) et ni la condition masculine dans la société. Une différenciation (entre le masculin et le féminin) qui mérite d'être étudiée en fonction des tranches d'âge (13-17 ans, 18-24 ans, plus de 25 ans), du sexe-ratio et de la forte vulnérabilité des personnes (taux de suicidalité et de victimisation largement majorés par rapport aux personnes cisgenres, de violences sexuelles) (James-Abra et al., 2015)[198] voire de la maladie mentale. Les facteurs de résilience sont pourtant rappelés par la littérature : l'impact positif des traitements hormonaux (Grannis et al., 2021), (Lavender et al., 2023) et de la transition sociale (Arnoldussen et al., 2022), (Tordoff et al., 2022) sur la santé mentale, l'amélioration du fonctionnement psychosocial (Chen et al., 2023), la baisse des taux de suicide (Surace et al., 2020).

[197] La chercheuse Florence Ashley propose de traduire par « coming-out sans crier gare ».
[198] https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf

3.2 Les enjeux contemporains

3.2.1 Accroître l'accès au soutien psychosocial

La diversité des expressions de la transidentité invite à favoriser l'accès à un soutien psychosocial. Un espace de parole serait l'opportunité d'explorer ses propres enjeux conscients et inconscients, d'élaborer ses représentations internes et externes, et de mieux répondre au poids de la cisnormativité. De plus, les jeunes et leurs familles rapportent les difficultés d'accès aux professionnel·es (trouver une consultation, les délais d'attente), en plus de besoins spécifiques rencontrés. Ces besoins spécialisés sont mieux repérés lors d'un suivi psychologique et/ou pédopsychiatrique (Sorbara et al., 2020).

Les demandes d'affirmation sociale, sans recours au traitement médical, méritent d'être formulées pour les jeunes prépubères car il s'agit de la seule transition possible. Ces accompagnements sont aussi la promesse d'un engagement solide dans le processus du consentement éclairé aux soins pour les jeunes et leurs familles. Les déterminants sociaux de la santé et l'accueil bienveillant dans un environnement sécure participent à la reconnaissance sociale et juridique de la transidentité (Veale et al., 2022).

3.2.2 Accompagner les retransitions

Une question amenée par les inquiétudes politiques est celle des retransitions et de l'expression des regrets. Les retransitions sont plus fréquentes que les regrets (Vandenbussche, 2022), (Turban et al., 2021) (cf. Partie 1 : Revue de littérature, section 3, chapitre 2, 2.7 La discontinuité dans les parcours, pour les précisions terminologiques entre détransition et transition). Dans 80 % des cas, la justification est supportée par un facteur social extérieur (le rejet des pairs et/ou de la famille), et dans 16 % par un facteur interne (un doute sur l'identité et les raisons médico-psychologiques). Les auteurs soulignent que les pressions sociales et le manque d'accompagnement des personnes concernées, ainsi que la difficulté d'accès aux soins majorent ces décisions, surtout quand la famille se retrouve en porte-à-faux par rapport au projet d'affirmation. Des taux avoisinant les dix pour cent sont

retrouvés auprès de jeunes dont les deux tiers n'ont pas eu d'accompagnement comme les recommandations internationales le préconisent (Boyd et al., 2022). Très rares sont les articles qui examinent les expériences et les ressentis des jeunes qui ont retransitionné ou interrompu un parcours d'affirmation (MacKinnon et al., 2022), (Irwig, 2022). L'équipe de travail social de Annie Pullen Sansfaçon interroge vingt jeunes (16 à 25 ans) sur leurs regrets et les sentiments positifs, négatifs ou ambivalent (le chagrin, la colère, la gratitude, le sentiment d'erreurs, nouvelle souffrance corporelle, inquiétudes sur l'avenir) qui peuvent coexister à différents moments de la trajectoire de vie. Certain·es jeunes confient avoir souhaité que qu'un·e tiers·ce les empêche de transitionner, d'autres ont exprimé leur satisfaction concernant leurs transitions et reconnaissent que rien n'aurait pu les arrêter dans le processus. Certains jeunes estiment qu'ils n'ont jamais été transgenres et/ou ont désormais adopté une perspective critique sur le genre même si le retour à l'identité cisgenre n'est pas systématique (Pullen Sansfaçon et al., 2023).

Un espace de parole permet d'explorer la virtualité du sujet, au sens philosophique du terme c'est-à-dire de la puissance et de la potentialité de s'affirmer dans une trajectoire personnelle faite de détours, trajets non linéaires, binaires ou non, et une élaboration de retransition éventuelle. L'espace de parole laisse aux parents et à la fratrie, un lieu pour déposer leurs questions, leurs ressentis et être accompagnés au fil de la trajectoire.

Proposer un cadre de parole hors des murs des centres hospitaliers pour que la personne se saisissent de sa propre dynamique inconsciente des processus de subjectivation pour se connaître et en savoir plus sur elle-même. « Cette danse incessante de la relation d'objet et du lien subjectalisant est au cœur des processus de subjectivation, créant des équilibres qui rendent compte de la diversité des problématiques humaines. » (Wainrib, 2006, p. 24).

C o n c l u s i o n

Le savoir expérientiel, qui émane de la parole des jeunes, nous intime de penser au-delà du principe de la binarité du sexuel ; en nous décentrant de normes cissexuelles. Les récits de vie font entendre les aménagements psychiques créatifs et les constructions personnelles autour du devenir depuis les ressentis corporels et une pluralité d'identifications – « faite de chassés-croisés mettant en question la primauté de toute attribution d'un genre univoque. » (Butler et al., 2006, p. 159).

Accompagner la conflictualité intrapsychique et intersubjective des adolescent·es et des jeunes adultes (en questionnement et/ou en transition) c'est percevoir avec acuité que, dans l'acception sociale, le genre est assigné par le regard des autres (pairs, parents, famille, institution, espace public, etc.). « Je me demande au nom de quoi le genre assigné à la naissance aurait plus de valeur que le genre rejoint. Sûrement pas au nom du mérite : les personnes cis n'ont rien fait pour être reconnues comme légitimes dans leur sexe. » écrit Tal Madesta dans le chapitre « Se battre » de l'ouvrage *La fin des montres, récit d'une trajectoire trans* (Madesta, 2023, p. 53).

La décision d'engager une transition et des changements sociaux et/ou corporels constituent un acte fort pour s'approcher de soi-même. Ces modifications atténuent la dissonance de genre pour les quatorze jeunes de l'étude, et mettent certain·es à l'abri de leurs propres gestes mortifères. Le savoir expérientiel, au plus vif de sa sensibilité et de sa souffrance, met en garde quant aux interprétations normalisatrices, fourbies depuis nos référentiels théoriques, nos positions d'accompagnant·e ou de thérapeute non concerné·es.

Les projections normatives autour du masculin, du féminin ou des représentations de la non-binarité sont peut-être un rempart de chercheur·euse et du·de la clinicien·ne contre la précarité ontologique du sujet humain. Là où dans le dénuement psychique le plus absolu, la soi-disant vérité du sexe et du genre ferait

tenir le sujet debout puisque c'est un homme, c'est une femme… Telle une évidence cisgenrée, l'existence d'une logique du binarisme des sexes (masculin/féminin) et des genres (masculin/féminin) a un effet de standardisation sur le sujet.

Nous proposons une ouverture à l'appui de la place qu'occupe la figure du tiers dans les récits des jeunes. Les vécus expérientiels ont souligné le rôle primordial de l'entourage, faisant fonction de figure familiale (parents, père, mère ou une autre forme de parentalité, fratrie) ; l'autre à qui est adressé une demande et un désir (le coming-out, la transition, etc.). Cette tiercéité est intrapsychique, relationnelle et/ou sociale.

L'annonce de la transidentité montre bien que ce n'est pas sans effraction pour les familles. Des affects relationnels puissants sont en jeu qu'il s'agisse du déni, du rejet, des agirs et des actes de maltraitance (exclusion du foyer familial, violences verbales…), du silence ou des quolibets. Des parents, dont les propres imagos sont très attaquées et en danger, font de la transition sociale et/ou des traitements hormonaux un enjeu transactionnel, et sursoient au consentement. Les jeunes attendent, s'ils ou elles le supportent, la majorité civile pour prendre leurs propres décisions médicales, et faire valoir le prénom choisi auprès du législateur. Dans l'article intitulé « Familles en transitions »[203], Agnès Condat rappelle : « Un des enjeux est de permettre à cette famille d'écrire à plusieurs voix la suite de son roman après ce qui est la plupart du temps vécu comme un cataclysme, et que cette suite permette à chacun·e de s'y inscrire dans une dimension subjective. » (Condat, 2021, p. 139).

Nous articulons cette place du tiers avec la fonction du *Nebenmensch*[204] – la personne proche, expérimentée, ou de l'être secourable. Le rôle structurant de l'individu doué de compréhension dont Freud parle dans l'*Esquisse d'une*

[203] Nous soulignons la flexion du pluriel dans le titre de l'article pour insister sur les différentes dimensions singulière/individuelle, interindividuelle et collective de l'affirmation du sujet.
[204] C'est l'être humain proche : la personne qui entend de façon adéquate l'appel de l'enfant selon Freud (1895).

psychologie (1895). Cette figure peut s'étendre à la pair-aidance sachant qu'elle tend à dépasser le champ de la santé mentale et s'institutionnaliser.

Il s'agit d'une approche subjective qui favorise l'éveil à soi et aux autres, œuvrant dans le sens de la reconnaissance et d'une coconstruction pour les personnes trans et les professionnel·les de la prise en soins. La pair-aidance s'ouvre à l'accès au droit, à la précarité et aux minorités pour redéfinir les relations entre les personnes concernées et les institutions qui les accompagnent. « Être formé à la pair-aidance signifie parvenir à exploiter son savoir expérientiel au bénéfice d'autrui, être en mesure de pratiquer une évaluation psychosociale et une action psychoéducative […]. » (Niard et al., 2020, p. 25).

Ce travail de recherche est l'opportunité d'axer la prise en soins des jeunes et de leurs familles depuis les besoins des personnes concernées afin de minimiser les positions normatives doctes qui s'ingéreraient dans les accompagnements, et soutenir une meilleure symétrie relationnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Abrevaya, E. (2013). L'identification primaire et la bisexualité psychique: *Revue française de psychanalyse*, *Vol. 76*(5), 1485-1490. https://doi.org/10.3917/rfp.765.1485

Adhia, A., Gordon, A. R., Roberts, A. L., Fitzmaurice, G. M., Hemenway, D., & Austin, S. B. (2018). Childhood Gender Nonconformity and Intimate Partner Violence in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051877064. https://doi.org/10.1177/0886260518770643

Agana, M. G., Greydanus, D. E., Indyk, J. A., Calles, J. L., Kushner, J., Leibowitz, S., Chelvakumar, G., & Cabral, M. D. (2019). Caring for the transgender adolescent and young adult : Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Disease-a-Month*, *65*(9), 303-356. https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.07.004

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 756-763. https://doi.org/10.1111/jsm.12817

Alberse, A.-M. E., de Vries, A. L., Elzinga, W. S., & Steensma, T. D. (2019). Self-perception of transgender clinic referred gender diverse children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 388-401. https://doi.org/10.1177/1359104518825279

Alessandrin, A. (2012). Le transsexualisme : Une catégorie nosographique obsolète. *Sante Publique*, *Vol. 24*(3), 263-268.

Alessandrin, A. (2016). La transphobie en France : Insuffisance du droit et expériences de discrimination: *Cahiers du Genre*, *n° 60*(1), 193-212. https://doi.org/10.3917/cdge.060.0193

Alessandrin, A. (2019). La notion de regret dans la clinique du changement de genre. *L'Évolution Psychiatrique*, *84*(2), 177-284.

Alfandary, I. (2019). L'identité entre sexe et genre chez Freud et Lacan. *Rue Descartes*, *N° 95*(1), 22-43.

André, J. (Éd.). (1999). *Les états limites : Nouveau paradigme pour la psychanalyse*. Presses universitaires de France.

André, J. (2021). Le sexuel à l'heure du choix. Le Carnet PSY, 248, 21-23. https://doi-org.faraway.parisnanterre.fr/10.3917/lcp.248.0021

Antoine, P. (2017). Chapitre 2. L'analyse interprétative phénoménologique: In *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 33-59). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0033

Antoine, P., & Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : Présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, *62*(4), 373-385. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001

Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of

talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, *17*(2), 66-72. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540

Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach : Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(6), 803-811. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01394-6

Arnoldussen, M., van der Miesen, A. I. R., Elzinga, W. S., Alberse, A.-M. E., Popma, A., Steensma, T. D., & de Vries, A. L. C. (2022). Self-Perception of Transgender Adolescents After Gender-Affirming Treatment : A Follow-Up Study into Young Adulthood. *LGBT Health*, *9*(4), 238-246. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0494

Ashley, F. (2019). The Misuse of Gender Dysphoria : Toward Greater Conceptual Clarity in Transgender Health. *Perspectives on Psychological Science*, 174569161987298. https://doi.org/10.1177/1745691619872987

Ashley, F. (2022a). « Rapid-Onset Gender Dysphoria1 » : Un commentaire critique. *GLAD!*, *13*. https://doi.org/10.4000/glad.5756

Ashley, F. (2022b). Youth should decide : The principle of subsidiarity in paediatric transgender healthcare. *Journal of Medical Ethics*, medethics-2021-107820. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107820

Assoun, P.-L. (2004). La recherche freudienne : Petit Discours de la Méthode à l'usage de la Recherche en psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, *1*(1), 22-49. https://doi.org/10.3917/rep.001.0049

Assoun, P.-L. (2007). *Masculin et féminin*. Athropos-Economica.

Assoun, P.-L. (2018). *Psychanalyse* (Nouvelle éd.). PUF.

Ayouch, T. (2019). Qui craint le grand mauvais genre ? Enjeux politiques et psychiques: *La Pensée*, *N° 397*(1), 34-45. https://doi.org/10.3917/lp.397.0034

Ayouch, T. (2022). « Désistement » et virtus dormitiva : Heurs et malheurs de l'étiologie en psychanalyse: *Recherches en psychanalyse*, *N° 32*(2), 126-146. https://doi.org/10.3917/rep2.032.0126

Bailey, J. M., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (2000). Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(3), 524-536. https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.524

Bakker, A. (2020). *Others of My Kind : Transatlantic Transgender Histories* (1re éd.). University of Calgary Press. https://doi.org/10.2307/j.ctv1931hd4

Bao, A.-M., & Swaab, D. F. (2011). Sexual differentiation of the human brain : Relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *32*(2), 214-226. https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2011.02.007

Baril, A. (2022). Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates. In J. M. Reynolds & C. Wieseler, *The Disability Bioethics Reader* (1re éd., p. 221-231). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003289487-28

Basanguka, A. M. M. (2005). Éthique et imagination chez Paul Ricœur. *Revue d'ethique et de theologie morale*, *n°233*(1), 113-134.

Bauer, G. R., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D. L., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A.,

Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfaçon, A. P., Susset, F., Lawson, M. L., & for the Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender Youth Referred to Clinics for Gender-Affirming Medical Care in Canada. *Pediatrics*, *148*(5), e2020047266. https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266

Bayefsky, M., Vieira, D., Caplan, A., & Quinn, G. (2022). Navigating parent–child disagreement about fertility preservation in minors : Scoping review and ethical considerations. *Human Reproduction Update*, dmac019. https://doi.org/10.1093/humupd/dmac019

Beaubatie, E. (2016). Psychiatres normatifs vs. Trans' subversifs ? *Raisons politiques*, *N° 62*(2), 131-142.

Beaubatie, E. (2021). *Transfuges de sexe : Passer les frontières du genre*. La Découverte.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2007). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres.

Becker, I., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., & Schulte-Markwort, M. (2017). Prevalence of Adolescent Gender Experiences and Gender Expression in Germany. *Journal of Adolescent Health*, *61*(1), 83-90. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.001

Benghozi, P. (2015). L'identité sexuée, le sexuel et le genre dans une perspective psychanalytique du lien et de la relation: *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *n° 64*(1), 167-180. https://doi.org/10.3917/rppg.064.0167

Benhaïm, M., & Rassial, J.-J. (2006). Introduction. In M. Benhaïm & J.-J. Rassial, *De l'infantile au juvénile* (p. 7). ERES. https://doi.org/10.3917/eres.rassi.2006.01.0007

Benjamin, H. (1953). Transvestism and Transsexualism. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *199*(2), 136. https://doi.org/10.1001/jama.1967.03120020130039

Bennecke, E., Köhler, B., Röhle, R., Thyen, U., Gehrmann, K., Lee, P., Nordenström, A., Cohen-Kettenis, P., Bouvattier, C., & Wiesemann, C. (2020). Disorders or Differences of Sex Development? Views of Affected Individuals on DSD Terminology. *The Journal of Sex Research*, 1-10. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1703130

Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre*.

Berges-Bounes, M. (2006). *Actualités de la psychanalyse chez l'enfant et chez l'adolescent*. Erès.

Bert, J.-F. (2016). *Introduction à Michel Foucault* (Nouvelle édition). La Découverte.

Bertaux, D., & Singly, F. de. (2016). *Le récit de vie* (4e éd). Armand Colin.

Biggs, M. (2022). The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals : Origins and Evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-21. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238

Bizic, M. R., Stojanovic, B., & Djordjevic, M. L. (2017). Genital reconstruction for the transgendered individual. *Journal of Pediatric Urology*, *13*(5), 446-452. https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.07.015

Bourdin, D. (2007). Le complexe d'Œdipe selon Freud : In *La Psychanalyse* (p. 113-117). Éditions Sciences Humaines. https://doi.org/10.3917/sh.molin.2007.01.0113

Bourlez, F. (2018). *Queer psychanalyse : Clinique mineure et déconstructions du genre*. Hermann.

Bourseul, V. (2013). Le corps fait la langue, la parole fait le corps : Une politique du corps chez Freud. *Champ psy*, *64*(2), 123. https://doi.org/10.3917/cpsy.064.0123

Bourseul, V. (2015). Anatomie et destin du « genre » chez Freud et quelques contemporains. *L'Évolution Psychiatrique*, *80*(2), 239-250. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.09.004

Bourseul, V. (2016). *Le sexe réinventé par le genre* (érès).

Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of Transgender Patients : A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare*, *10*(1), 121. https://doi.org/10.3390/healthcare10010121

Brusset, B. (2017). Le sujet selon Raymond Cahn. *Adolescence*, *T.351*(1), 169. https://doi.org/10.3917/ado.099.0169

Bujon, T., & Dourlens, C. (2016). Les médecins aux bords de leurs savoirs : Les concertations pluridisciplinaires face aux demandes de réassignation sexuelle. *Revue d'anthropologie des connaissances*, *10,1*(1), 95. https://doi.org/10.3917/rac.030.0095

Bungener, S. L., Post, L., Berends, I., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Popma, A. (2022). Talking About Sexuality With Youth : A Taboo in Psychiatry? *The Journal of Sexual Medicine*, S1743609522000017. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.01.001

Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery : A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, *9*(3), e3477. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477

Butler, C., & Hutchinson, A. (2020). Debate : The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child and Adolescent Mental Health*, *25*(1), 45-47. https://doi.org/10.1111/camh.12361

Butler, Fassin, É., & Kraus, C. (2006). *Trouble dans le genre : Le féminisme et la subversion de l'identité*. la Découverte.

Butler, J. (2009). La question de l'identification transgenre. *Champ lacanien*, *N□7*(1), 111. https://doi.org/10.3917/chla.007.0111

Cahn, R. (2016). *Le sujet dans la psychanalyse aujourd'hui suivi de Temps originaires et création ou La Joconde, encore*. Presses universitaires de France.

Castel, P.-H. (2003). *La métamorphose impensable : Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*. Gallimard.

Catto, M.-X. (2020). La loi de bioéthique et les intersexes. *Journal du Droit de la Sante et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, *25*(1), 64-76.

Chaussecourte, P. (2017). Autour de la question du « contre transfert du chercheur » dans les recherches cliniques d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation: *Cliopsy*, *N° 17*(1), 107-127. https://doi.org/10.3917/cliop.017.0107

Chauvel, P. (2002). L'identification dans l'œuvre de Freud. In L. Danon-Boileau, A. Fine, & S. Wainrib, *Identifications* (p. 25). Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.danon.2002.01.0025

Chemama, R., & Vandermersch, B. (2018). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Larousse.

Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *New England Journal of Medicine*, *388*(3), 240-250. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297

Chiland, C. (2005). Problèmes posés aux psychanalystes par les transsexuels. *Revue française de psychanalyse*, *69*(2), 563. https://doi.org/10.3917/rfp.692.0563

Chiland, C. (2008). La problématique de l'identité sexuée. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *56*(6), 328-334. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.03.009

Chiland, C. (2011). Les mots et les réalités. *L'information psychiatrique*, *87*(4), 261. https://doi.org/10.3917/inpsy.8704.0261

Chiland, C. (2013). Utilité d'un glossaire pour clarifier les problèmes concernant le genre et l'homosexualité. *PSN*, *11*(4), 7-19. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/psn.114.0007

Chiland, C. (2014). La construction de l'identité de genre à l'adolescence. *Adolescence*, *T.32 1*(1), 165. https://doi.org/10.3917/ado.087.0165

Chiland, C., Clouet, A.-M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family : Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *61*(6), 365-370. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001

Ciccone, A. (2012). Chapitre 1—L'identification projective et la transmission. *Psychismes*, 19-78.

Clark, B. A., & Virani, A. (2021). This Wasn't a Split-Second Decision" : An Empirical Ethical Analysis of Transgender Youth Capacity, Rights, and Authority to Consent to Hormone Therapy. *Journal of Bioethical Inquiry*. https://doi.org/10.1007/s11673-020-10086-9

Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted Suicide Among Transgender Persons : The Influence of Gender-Based Discrimination and Victimization. *Journal of Homosexuality*, *51*(3), 53-69. https://doi.org/10.1300/J082v51n03_04

Coates, S. W. (2008). Intervention pour des garçons d'âge préscolaire ayant un trouble de l'identité de genre. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *56*(6), 386-391. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.03.011

Coffin, J.-C. (2017). Le genre, une notion prise au sérieux dans les années 1960 : Autour du psychiatre et psychanalyste Robert Stoller. *Sociétés & Représentations*, *43*(1), 43. https://doi.org/10.3917/sr.043.0043

Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The Treatment of Adolescent Transsexuals : Changing Insights. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*(8), 1892-1897. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x

Cohen-Kettenis, P. T., & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *29*(3), 485-495. https://doi.org/10.1016/j.beem.2015.01.004

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty Suppression in a Gender-Dysphoric Adolescent : A 22-Year Follow-Up. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(4), 843-847. https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9

Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., & de Vries, A. L. C. (2011). Treatment of

Adolescents With Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *20*(4), 689-700. https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.001

Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An Update on the Surgical Treatment for Transgender Patients. *Sexual Medicine Reviews*, *5*(1), 103-109. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., … Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, *13*(4), 165-232. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., … Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(sup1), S1-S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Condat, A. (2016). L'affirmation transgenre dans l'enfance et à l'adolescence. In M. Bergès-Bounes & J. M. Forget, *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent* (p. 383). ERES. https://doi.org/10.3917/eres.berge.2016.02.0383

Condat, A. (2017). Sexe d'un autre genre… genre d'un autre sexe, quand la boussole s'affole. *La revue lacanienne*, *18*(1), 107-117.

Condat, A. (2020). *Parentalité transgenre : Implications au plan éthique et au plan du développement de l'enfant de l'utilisation des nouvelles biotechnologiques d'aide à la procréation pour les personnes transgenres*. Paris Université.

Condat, A. (2021). Familles en Transitions. *Recherches en psychanalyse*, *N° 30*(2), 131-139. https://doi.org/10.3917/rep2.030.0131

Condat, A., Allouch, A., & Rabain, N. (2020). Accompagner des mineur-e-s transgenres et leurs parents. Manifestations et clinique de l'angoisse. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, *38*, 155-171. https://doi.org/10.4000/traces.11557

Condat, A., Bekhaled, F., Mendes, N., Lagrange, C., & L. (2016). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : Histoire française et vignettes cliniques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *64*(1), 7-15. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.06.001

Condat, A., & Cohen, D. (2022). La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : Controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.10.003

Condat, A., Mendes, N., & Cohen, D. (2022). Variations du développent génital, identités de genre et consentement aux soins. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *206*(3), 418-423. https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.12.014

Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. (2002). The Heritability of Gender Identity Disorder in a Child and Adolescent Twin Sample. *Behavior Genetics*, *32*(4), 251-257. https://doi.org/10.1023/A:1019724712983

Cooper, H. C., Long, J., & Aye, T. (2022). Fertility preservation in transgender and non-binary adolescents and young adults. *PLOS ONE*, *17*(3), e0265043. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265043

Cossette, S. (2010). De la recherche exploratoire à la recherche appliquée en sciences infirmières : Complémentarités et finalités: *Recherche en soins infirmiers*, *N° 102*(3), 73-82. https://doi.org/10.3917/rsi.102.0073

Cruciani, P. (2009). Réflexions sur la psychologie des phénomènes collectifs à partir de Freud. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 52, 111-131. https://doi-org.faraway.parisnanterre.fr/10.3917/rppg.052.0111

Czermak, M. (2021). *Traverser la folie : Entretiens avec Hélène L'Heuillet*.

Da Silva Neubern, M. (2003). La psychologie clinique dans la crise du paradigme dominant : Du malaise aux possibilités épistémologiques. *Psychothérapies*, *23*(2), 81. https://doi.org/10.3917/psys.032.0081

Dalsgaard, S. (2019). Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *Childhood and Adolescence*. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523

Darmon, M. (2004). *Essais sur la topologie lacanienne*. Éd. de l'Association lacanienne internationale.

Davy, Z., & Toze, M. (2018). What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. *Transgender Health*, *3*(1), 159-169. https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0014

Day, D. S., Saunders, J. J., & Matorin, A. (2019). Gender Dysphoria and Suicidal Ideation : Clinical Observations from a Psychiatric Emergency Service. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.6132

De Castro, C., Solerdelcoll, M., Plana, M. T., Halperin, I., Mora, M., Ribera, L., Castelo-Branco, C., Gómez-Gil, E., & Vidal, A. (2022). High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, S1888989122000283. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.02.001

Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, *70*(2), 331. https://doi.org/10.3917/rfp.702.0331

Denis, P. (2015). *Le narcissisme: Vol. 2e ed.* Presses Universitaires de France; Cairn.info. https://www.cairn.info/le-narcissisme--9782130731221.htm

Denis, Paul. « Chapitre VIII. La question de l'identité », Paul Denis éd., *Le* narcissisme. Presses Universitaires de France, 2022, pp. 114-118.

Denis, P. (2021). Transidentité : Rapport au réel et limites de l'autodétermination: Le Carnet PSY, N° 248(9), 33-35. https://doi.org/10.3917/lcp.248.0033

Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche : Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Guérin universitaire.

Devereux, G., La Barre, W., & Benis-Sinaceur, H. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.

de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents : The Dutch Approach. *Journal of*

Homosexuality, *59*(3), 301-320. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents : Comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(11), 1195-1202. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2016). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria : A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(6), 579-588. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7

Di Ceglie, D. (2008). Working at the edge : Engaging in therapeutic work with young people with atypical gender identity development. *Neuropsychiatrie de l Enfance et de l Adolescence*, *56*((6)), 403-406. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.005

Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités : Introduction à la théorie féministe* (1. éd). Presses Univ. de France.

Drapeau Contim, F. (2010). *Qu'est-ce que l'identité?* Vrin.

Drescher, J. (2014). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*, *1*(1), 10-14. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body : Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, *24*(6), 568-577. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, *44*(1), 34-45. https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(2), 116-123.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016

Earnshaw, V. A., Elliott, M. N., Reisner, S. L., Mrug, S., Windle, M., Emery, S. T., Peskin, M. F., & Schuster, M. A. (2017). Peer Victimization, Depressive Symptoms, and Substance Use : A Longitudinal Analysis. *Pediatrics*, *139*(6), e20163426. https://doi.org/10.1542/peds.2016-3426

Earnshaw, V. A., Reisner, S. L., Juvonen, J., Hatzenbuehler, M. L., Perrotti, J., & Schuster, M. A. (2017). LGBTQ Bullying : Translating Research to Action in Pediatrics. *Pediatrics*, *140*(4). https://doi.org/10.1542/peds.2017-0432

Ehrensaft, D. (2012). From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity : True Gender Self Child Therapy. *Journal of Homosexuality*, *59*(3), 337-356. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Coleman, E. (2019). Emotional Distress, Bullying Victimization, and Protective Factors Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in City, Suburban, Town, and Rural Locations. *The Journal of Rural Health*, *35*(2), 270-281. https://doi.org/10.1111/jrh.12311

Erickson-Schroth, L. (Éd.). (2022). *Trans bodies, trans selves : A resource by and for transgender communities* (Second edition). Oxford University Press.

Espineira, K. (2011). Le bouclier thérapeutique : Discours et limites d'un appareil de

légitimation: *Le sujet dans la cité*, *n° 2*(1), 189-201. https://doi.org/10.3917/lsdlc.002.0189

Espineira, K. (2014). La sexualité des sujets transgenres et transsexuels saisie par les médias. *Hermes, La Revue*, *n° 69*(2), 105-109.

Espineira, K., & Thomas, M.-Y. (2022). « La transphobie est partout. » In *Transidentités et transitude* (p. 115-121). Le Cavalier Bleu; Cairn.info. https://www.cairn.info/transidentites-et-transitude--9791031804927-p-115.htm

Ettner, R. (2020). Etiology of Gender Dysphoria. In L. S. Schechter (Éd.), *Gender Confirmation Surgery* (p. 21-28). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1_2

Evzonas, N. (2019). De la transidentité du patient au vacillement identitaire du clinicien. *Filigrane : écoutes psychanalytiques*, *28*(2), 11-29. https://doi.org/10.7202/1069692ar

Evzonas, N. (2021). Transphobie psychanalytique ou le trauma généralisé du genre: Recherches en psychanalyse, N° 30(2), 103-112. https://doi.org/10.3917/rep2.030.0103

Expósito-Campos, P. (2021). A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-11. https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126

Fassin, D. (2008). L'éthique, au-delà de la règle : Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud. *Sociétés contemporaines*, *n° 71*(3), 117-135. https://doi.org/10.3917/soco.071.0117

Fausto-Sterling, A., Boterf, A.-E., & Molinier, P. (2014). *Les cinq sexes : Pourquoi mâle et femelle ne suffisent pas*. Payot & Rivages.

Feder, E. K. (2009). Imperatives of normality : From « Intersex » to « Disorders of Sex Development ». *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, *15*(2), 225-247. https://doi.org/10.1215/10642684-2008-135

Fedewa, A. L., & Ahn, S. (2011). The Effects of Bullying and Peer Victimization on Sexual-Minority and Heterosexual Youths : A Quantitative Meta-Analysis of the Literature. *Journal of GLBT Family Studies*, *7*(4), 398-418. https://doi.org/10.1080/1550428X.2011.592968

Feldman, M. (2022). Cheminement de chercheur : Analyse de ses contre-transferts pour une clinique du « ré-œuvrement »: À propos des ex-enfants réunionnais exilés vers la métropole entre 1962 et 1984. *La psychiatrie de l'enfant*, *Vol. 65*(2), 77-95. https://doi.org/10.3917/psye.652.0077

Feldman, M., & Boudarse, K. (2022). Éditorial. Dispositifs innovants dans l'accompagnement des adolescents: *Dialogue*, *n° 236*(2), 9-15. https://doi.org/10.3917/dia.236.0009

Ferenczi, S. (1990). *Oeuvres complètes Psychanalyse, 1927-1933: Vol. Tome 4*. Payot.

Fierens, C., Darmon, M., & Goian, F. (2018). *Lecture du sinthome*. Éditions Érès.

Fisk, N. M. (1974). Editorial : Gender dysphoria syndrome-the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, *120*(5), 386-391.

Forno, N., & Mansouri, M. (2022). Regards croisés sur les trajectoires de soins psychiques des personnes trans': *Cahiers de psychologie clinique*, *n° 59*(2), 103-125. https://doi.org/10.3917/cpc.059.0103

Forno, N., Mansouri, M., & Balem, C. (2022). À l'écoute des personnes trans' : « C'est pas le mauvais corps, mon corps il est à moi, il a juste pas évolué de la façon souhaitée ». *In Analysis*, S254236062200110X. https://doi.org/10.1016/j.inan.2022.09.007

Frappier, A.-A. (2018). *Par-delà le rose et le bleu : L'expérience des parents d'enfants transgenres*. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20724

Freitas, L. D., Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria : A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *74*(2), 99-104. https://doi.org/10.1111/pcn.12947

Freud, S. (1985). *La vie sexuelle*. Presses Universitaires de France.

Freud, S. (1999). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Gallimard.

Freud, S. (2010). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Presses universitaires de France.

Freud, S. (2012). *L'interprétation du rêve* (2e éd). PUF.

Freud, S. (2014). *De la sexualité féminine*. In press.

Freud, S. (2018a). *Le président Schreber : Un cas de paranoïa*. Payot & Rivages.

Freud, S. (2018b). *Métapsychologie*.

Freud, S., & Bonaparte, M. (1948). *Ma vie et la psychanalyse.*

Freud, S., Bonaparte, M., Freud, A., Kris, E., & Berman, A. (2009). *La naissance de la psychanalyse : Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans, 1887-1902* (9e éd). Presses universitaires de France.

Freud, S., Cotet, P., & Laplanche, J. (1994). *Oeuvres complètes : Psychanalyse* (2e éd). Presses universitaires de France.

Freud, S., Tassel, D., & Leguil, C. (2011). *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Éd. Points.

Garcia-Fons, T., & Solal, J.-F. (2016). *L'événement juvénile dans la cure de l'adolescent et de l'adulte*. PUF.

Gayon, J. (Éd.). (2020). *L'identité : Dictionnaire encyclopédique*. Gallimard.

Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (2015). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? : Illustration de la méthode IPA appliquée à l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale. *Thérapie Familiale*, *Vol. 36*(1), 133-147. https://doi.org/10.3917/tf.151.0133

Giami, A. (2011). Identifier et classifier les trans : Entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. *L'information psychiatrique*, *Volume 87*(4), 269-277.

Giami, A., & Beaubatie, E. (2014). Gender Identification and Sex Reassignment Surgery in the Trans Population : A Survey Study in France. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(8), 1491-1501. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0382-3

Gilbert, S. (2009). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : L'apport heuristiquede rencontres intersubjectives. *Recherches qualitatives*, *28*(3), 19. https://doi.org/10.7202/1086778ar

Gilbert, S. (2020). Quelques propositions relatives à l'intersection entre psychanalyse et recherche qualitative : Un enrichissement réciproque ? *In Analysis*, *4*(1), 16-23.

https://doi.org/10.1016/j.inan.2020.01.008

Gilliot, É., & Chambon, N. (2023). La santé mentale en tout genre: *Rhizome*, *N° 85*(2), 2-2. https://doi.org/10.3917/rhiz.085.0002

González, E. N. (2018). *Le choix du prénom chez le trans* [Phdthesis, Université Sorbonne Paris Cité]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02392524

Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *48*(2), 303-321. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001

Gordon, A. R., Krieger, N., Okechukwu, C. A., Haneuse, S., Samnaliev, M., Charlton, B. M., & Austin, S. B. (2017). Decrements in health-related quality of life associated with gender nonconformity among U.S. adolescents and young adults. *Quality of Life Research*, *26*(8), 2129-2138. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1545-1

Gori, R. (2020). *Et si l'effondrement avait déjà eu lieu : L'étrange défaite de nos croyances*. Editions Les liens qui libèrent.

Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, *132*, 105358. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358

Green, A. (2003). *La folie privée : Psychoanalyse des cas-limites*. Gallimard.

Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, *70*(4), 643-649. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.036

Green, R., & Money, J. (1960). Incongruous gender role : Nongenital manifestations in prepubertal boys. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *131*(2), 160-168. https://doi.org/10.1097/00005053-196008000-00009

Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches qualitatives*, *26*(1), 32-50. https://doi.org/10.7202/1085397ar

Gutton, P. (2012). *Le pubertaire* (2e éd.). PUF.

Halberstam, J. (2018). *Trans* : A quick and quirky account of gender variability*. University of California Press.

Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, *63*(6), 985-997. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003

Hefez, S., & Hiridjee, K. (2021). Adolescents en mal de genre. *Le Carnet PSY*, *N° 248*(9), 30-32. https://doi.org/10.3917/lcp.248.0030

Heidegger, M., Vezin, F., Boehm, R., Heidegger, M., & Heidegger, M. (1995). *Être et temps* (Nachdr.). Gallimard.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons : An Endocrine

Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3869-3903. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658

Heylens, G., De Cuypere, G., Zucker, K. J., Schelfaut, C., Elaut, E., Vanden Bossche, H., De Baere, E., & T'Sjoen, G. (2012). Gender Identity Disorder in Twins : A Review of the Case Report Literature. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(3), 751-757. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x

Hildebrand-Chupp, R. (2020). More than 'canaries in the gender coal mine' : A transfeminist approach to research on detransition. *The Sociological Review*, *68*(4), 800-816. https://doi.org/10.1177/0038026120934694

Hurstel. (2001). *Le père comme Alter. Dans Chantal Zaouche-Gaudron éd., La problématique paternelle (pp. 195-200).* érès.

Iervolino, A. (2005). Genetic and Environmental Influences on Sex-Typed Behavior during the Preschool Years. *Child Development*, *76*((4)), 826-840.

Inoubli, A., De Cuypere, G., Rubens, R., Heylens, G., Elaut, E., Van Caenegem, E., Menten, B., & T'Sjoen, G. (2011). Karyotyping, Is It Worthwhile in Transsexualism? *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(2), 475-478. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02130.x

Irwig, M. S. (2022). Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People—An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *107*(10), e4261-e4262. https://doi.org/10.1210/clinem/dgac356

Jacquot, M. (2011). Comment penser la clinique de l'intersexuation ?: *Champ psy*, *n° 58*(2), 107-123. https://doi.org/10.3917/cpsy.058.0107

James-Abra, S., Tarasoff, L. A., Green, d., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., & Ross, L. E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services : A qualitative study. *Human Reproduction*, *30*(6), 1365-1374. https://doi.org/10.1093/humrep/dev087

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students—19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *68*(3), 67-71. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3

Johnson, E. K., & Finlayson, C. (2016). Preservation of Fertility Potential for Gender and Sex Diverse Individuals. *Transgender Health*, *1*(1), 41-44. https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0010

Junien, C. (2019). Sexe et genre à l'ère de l'épigénétique. *Revue française de psychanalyse*, *83*(5), 1521. https://doi.org/10.3917/rfp.835.1521

Jutant, S., Pluen-Calvo, S., & Zimmermann, L. (2023). Notre santé nous-mêmes : Comment l'auto-organisation en santé trans peut faire évoluer les pratiques en santé publique. *Revue du Crieur*, *N° 22*(1), 24-35. https://doi.org/10.3917/crieu.022.0024

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors : Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*(1). https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y

Kestemberg, E. (1999). *L'adolescence à vif*. Presses universitaires de France.

Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical Management of Youth with Gender Dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, *164*(4), 906-911. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068

Kimberly, L., Folkers, K. M., Karrington, B., Wernick, J., Busa, S., & Salas-Humara, C. (2021). Navigating Evolving Ethical Questions in Decision Making for Gender-Affirming Medical Care for Adolescents. *The Journal of Clinical Ethics*, *32*(4), 307-321. https://doi.org/10.1086/JCE2021324307

Knafo, A., Iervolino, A. C., & Plomin, R. (2005). Masculine Girls and Feminine Boys : Genetic and Environmental Contributions to Atypical Gender Development in Early Childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(2), 400-412. https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.2.400

Knudson, G. (2020). Language and Terminology in Transgender Health. In L. S. Schechter (Éd.), *Gender Confirmation Surgery* (p. 41-46). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1_4

Kozlowska, K., Chudleigh, C., McClure, G., Maguire, A. M., & Ambler, G. R. (2021). Attachment Patterns in Children and Adolescents With Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, *11*, 582688. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.582688

Kreisler, L. (1970). Les intersexuels avec ambiguïté génitale. Etude psychopédiatrique. *La psychiatrie de l'enfant*, *vol. 13, n° 1*, 5-127.

Kreisler, L. (1990). L'identité sexuelle et sa genèse. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *3*(7), 423-430. https://doi.org/10.1016/S0987-7983(05)80389-5

Kuehn, B. (2019). Transgender Youth Victimization. *JAMA*, *321*(10), 931. https://doi.org/10.1001/jama.2019.1463

Lacan, J. (1966). *Écrits*. Éditions du Seuil.

Lacan, J. (1973). *Encore, le Séminaire (Livre XX)*. Seuil.

Lacan, J. (1998). *Le séminaire de Jacques Lacan. 5 : Les formations de l'inconscient, 1957 - 1958*. Éditions du Seuil.

Lacan, J. (2011). *Le Séminaire, Livre XIX : ou pire, 1971-1972*. Seuil.

Lacan, J. (2014). *Écrits II* (Nouvelle éd). Éd. du Seuil.

Lacan, J. (2019). *L'éthique de la psychanalyse, le Séminaire (Livre VII)*. Éditions Points.

Lacan, J. (2021). *Le séminaire, Le Séminaire Livre IX(1961-1962)*. ALI.

Lacan, J., Miller, J.-A., & Lacan, J. (2005). *Encore : 1972 - 1973*. Éd. du Seuil.

Lagrange, C., et al. "Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France." Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, June 2023, https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.05.001.

Laplanche, J. (2014). *Sexual : La sexualité élargie au sens freudien, 2000-2006* (2e éd). Presses universitaires de France.

Laplanche, J., & Pontalis, J. (2007). Effroi. In *Dictionnaire de la psychanalyse* (Quadrige). PUF.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e

éd). Presses universitaires de France.

Laqueur, T. W., Gaultier, M., & Laqueur, T. W. (2010). *La fabrique du sexe : Essai sur le corps et le genre en occident*. Gallimard.

Laroche-Joubert, M., Feldman, M., & Moro, M. R. (2018). L'étude du contretransfert : Une relance de la pensée face aux dyades traumatisées: *Dialogue*, *n° 219*(1), 125-138. https://doi.org/10.3917/dia.219.0125

Lauru, D. (2016). Lacan à l'adolescence: *Adolescence*, *T. 34 n°2*(2), 357-376. https://doi.org/10.3917/ado.096.0357

Lavender, R., Shaw, S., Maninger, J.-K., Butler, G., Carruthers, P., Carmichael, P., & Masic, U. (2023). Impact of Hormone Treatment on Psychosocial Functioning in Gender-Diverse Young People. *LGBT Health*. https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0201

Le moi et le ça. (2015). Éditions Points.

Leavy, P. (Éd.). (2014). *The Oxford handbook of qualitative research*. Oxford University Press.

Lebovici, S. (2012). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2e éd., 2e tirage). Quadrige/Presses universitaires de France.

Legrand, M. (1993). *L'approche biographique : Théorie, clinique*. Hommes et perspectives/Epi ; Desclée de Brouwer.

Leguil, C. (2021). *Céder n'est pas consentir : Une approche clinique et politique du consentement*.

Leibowitz, S. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, *28:1*, 21-35. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844

Lerude, M. (2017). Du virtuel à la fiction. In M. Bergès-Bounes & J.-M. Forget, *Les écrans de nos enfants* (p. 173). ERES. https://doi.org/10.3917/eres.berge.2017.01.0173

Lerude, M. (2020). «Personne à risque». La revue lacanienne, N°21(2), 51. https://doi.org/10.3917/lrl.202.0051

Lhomond, B., & Saurel-Cubizolles, M.-J. (2009). Orientation sexuelle et santé mentale : Une revue de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *57*(6), 437-450. https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.07.068

Lichtenstein, H. (1963). The Dilemma of Human Identity : Notes on Self-Transformation, Self-Objectivation, And Metamorphosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *11*(1), 173-223. https://doi.org/10.1177/000306516301100111

Lindemalm, G., Körlin, D., & Uddenberg, N. (1987). Prognostic factors vs. outcome in male-to-female transsexualism. : A follow-up study of 13 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *75*(3), 268-274. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02788.x

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, *13*(8), e0202330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330

Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., Rossen, F. V., & Clark. (2014). The Health and Well-Being of Transgender High School Students : Results From the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, *55*(1), 93-99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008

Lupien, P.-L. (2021). L'éthique dans la recherche auprès de personnes dites « vulnérables » : Analyse et réflexion à partir de situations tirées de projets de recherche menés auprès de personne « en situation de précarité résidentielle ». *Sociologie et sociétés*, *52*(1), 165-187. https://doi.org/10.7202/1076726ar

MacKinnon, K. R., Kia, H., Salway, T., Ashley, F., Lacombe-Duncan, A., Abramovich, A., Enxuga, G., & Ross, L. E. (2022). Health Care Experiences of Patients Discontinuing or Reversing Prior Gender-Affirming Treatments. *JAMA Network Open*, *5*(7), e2224717. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.24717

Madesta, T. (2023). *La fin des monstres : Récit d'une trajectoire trans*. La Déferlante.

Mamou, G., Lagrange, C., Mendes, N., Wielart, J., Poirier, F., Medjkane, F., Brunelle, J., Drouineaud, V., Rosenblum, O., Gründler, N., Ansermet, F., Falissard, B., Cohen, D., & Condat, A. (2020). The Developmental Implications of the Use of Reproductive Technologies for Transgender People : A Comparative Cross-Section Protocol. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 243. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00243

Marchand, J.-B. (2014). *Traversée vers l'autre identité sexuée*. Université Paris-Nanterre.

Marchand, J.-B. (2019). La désintrication du genre et du sexuel. *Adolescence*, *T.37n°1*(1), 125. https://doi.org/10.3917/ado.103.0125

Martinerie, L. (2016). Prise en charge d'une dysphorie de genre sur le plan endocrinologique chez l'enfant et l'adolescent. *Enfances & Psy*, *69*(1), 58. https://doi.org/10.3917/ep.069.0058

Martinerie, L. (2017). Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : Place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *65*(1), 54-60. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.10.001

Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people : A review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 231-242. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3

McBride, R.-S., & Neary, A. (2021). Trans and gender diverse youth resisting cisnormativity in school. *Gender and Education*, 1-18. https://doi.org/10.1080/09540253.2021.1884201

Mead, M. (1966). *L'un et l'autre sexe, Les rôles d'homme et de femme dans la société*. Editions Gonthier.

Mead, M. (2003). *Sex & temperament in three primitive societies*. Perennial an impr. of HarperCollins Publ.

Mendes, N., Drouineaud, V., Grundler, N., Lagrange, C., Poirier, F., Wielart, J., Brunelle, J., Woestelandt, L., Wolf, J. P., Ansermet, F., Cohen, D., & Condat, A. (2020). L'apport des biotechnologies pour la population transgenre et ses nouvelles possibilités à concevoir un enfant : Considérations psychologiques et questions éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *68*(1), 14-21. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.09.002

Mendes, N., Lagrange, C., & Condat, A. (2016). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : Revue de littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *64*(4), 240-254. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.04.003

Menès, M. (2017). *L'enfant et le savoir : D'où vient le désir d'apprendre ?* Points.

Menvielle, E., & Gomez-Lobo, V. (2011). Management of Children and Adolescents

with Gender Dysphoria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *24*(4), 183-188. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2010.12.006

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism : Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 461-476. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9532-4

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2013). Sex Steroids and Variants of Gender Identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *42*(3), 435-452. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2013.05.011

Miles, J. R. (2020). Introduction to the Special Section on Group Psychotherapy and Gender Identity. *International Journal of Group Psychotherapy*, *70*(4), 540-551. https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1791716

Möller, J., Zitzmann, S., Helm, F., Machts, N., & Wolff, F. (2020). A Meta-Analysis of Relations Between Achievement and Self-Concept. *Review of Educational Research*, *90*(3), 376-419. https://doi.org/10.3102/0034654320919354

Money, J. (1957). Imprinting and the Establishment of Gender Role. *Archives of Neurology And Psychiatry*, *77*(3), 333. https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1957.02330330119019

Money, J. (1985). The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex. *Archives of Sexual Behavior*, *14*(3), 279-290. https://doi.org/10.1007/BF01542110

Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism : Recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, *97*(4), 284-300.

Morin, E. (2013). Complexité restreinte, complexité générale. In *Intelligence de la complexité* (p. 28-64). Hermann. https://doi.org/10.3917/herm.lemo.2013.01.0028

Mueller, S. C. (2021). The Neuroanatomy of Transgender Identity : Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *The Journal of Sexual Medicine*, S1743609521004252. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079

Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Mullins, T. L. K. (2021). Thrombosis Risk in Transgender Adolescents Receiving Gender-Affirming Hormone Therapy. *Pediatrics*, *147*(4), e2020023549. https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549

Nahata, L., Chen, D., Quinn, G. P., Travis, M., Grannis, C., Nelson, E., & Tishelman, A. C. (2020). Reproductive Attitudes and Behaviors Among Transgender/Nonbinary Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *66*(3), 372-374. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.008

Netgen. (2016). *Le point sur les étiologies biologiques de la transsexualité*. Revue Médicale Suisse. https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-510/Le-point-sur-les-etiologies-biologiques-de-la-transsexualite

Neubern, M. da S. (2003). La psychologie clinique dans la crise du paradigme dominant : Du malaise aux possibilités épistémologiques. *Psychotherapies*, *Vol. 23*(2), 81-88.

Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(2), 645-659. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9

Niard, C., Maugiron, P., & Franck, N. (2020). Le pair-aidant professionnel : Un nouvel acteur pour de nouvelles réponses: *Rhizome*, *N° 75-76*(1), 17-26. https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0017

Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2019). Being Trans Without Medical Transition : Exploring Characteristics of Trans Individuals from Germany Not Seeking Gender-Affirmative Medical Interventions. *Archives of Sexual Behavior*. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z

Odier, G. (2013). Un regard différent sur la psychopathologie : *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, *n° 17*(1), 5-23. https://doi.org/10.3917/acp.017.0005

Ogilvie, B. (2005). *Lacan, la formation du concept de sujet (1932-1949)*. Presses universitaires de France.

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, *137*(3), e20153223. https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223

Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of Early Medical Treatment for Transgender Youth : Protocol for the Longitudinal, Observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, *8*(7), e14434. https://doi.org/10.2196/14434

Olsson, S.-E., & Möller, A. (2006). Regret after Sex Reassignment Surgery in a Male-to-Female Transsexual : A Long-Term Follow-Up. *Archives of Sexual Behavior*, *35*(4), 501-506. https://doi.org/10.1007/s10508-006-9040-8

Oppenheimer, A. (1997). La bisexualité à l'épreuve de l'identité sexuelle. In *Bisexualité* (p. 95-110). Presses Universitaires de France; Cairn.info. https://doi.org/10.3917/puf.finea.1997.01.0095

Oppenheimer, A. (2011). In Memoriam. Le retour de l'identité dans la psychanalyse : Perspective historique et critique: *Champ psy*, *n° 58*(2), 9-22. https://doi.org/10.3917/cpsy.058.0009

Ouvry, O. (2006). Des théories sexuelles infantiles à la sexualité adulte. In *De l'infantile au juvénile* (p. 49-64). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.rassi.2006.01.0049

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, *23*, 147-181. https://doi.org/10.7202/1002253ar

Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 267-277. https://doi.org/10.1037/cpp0000291

Pasterski, V., Gilligan, L., & Curtis, R. (2014). Traits of Autism Spectrum Disorders in Adults with Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(2), 387-393. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0154-5

Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M., Hurtado Murillo, F., Solá Izquierdo, E., & Morillas Ariño, C. (2020). Transexualidad : Transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, *67*(9), 562-567. https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008

Penot, B. (2018). Lacan initiateur de l'idée de subjectivation en psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, *82*(4), 939. https://doi.org/10.3917/rfp.824.0939

Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E., & Conard, L. A. (2017). Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47*(4), 475-482. https://doi.org/10.1111/sltb.12289

Petrovic, B. (2005). *Eléments fondamentaux de l'identité : Narcissisme, identification, sexuation, trois problématiques cliniques en psychopathologie* [Université d'Angers]. http://psyfontevraud.free.fr/theses/petrovic2005.pdf

Pfafflin, F. (1993). Regrets After Sex Reassignment Surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *5*(4), 69-85. https://doi.org/10.1300/J056v05n04_05

Poirier, F., Condat, A., Laufer, L., Rosenblum, O., & Cohen, D. (2019). Non-binarité et transidentités à l'adolescence : Une revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *67*(5-6), 268-285. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.08.004

Pommier, F. (2010). Les souffrances du dévoilement sexuel: *Recherches en psychanalyse*, *n° 10*(2), 267-275. https://doi.org/10.3917/rep.010.0267

Pommier, F. (2011). Processus de reconnaissance et orientations sexuelles. In D. Cupa, H. Parat, & G. Chaudoye, *Le sexuel, ses différences et ses genres* (p. 161). EDK, Groupe EDP Sciences. https://doi.org/10.3917/edk.chaud.2011.01.0161

Pommier, F. (2023). *Corps à prendre (ou à laisser) dans « L'adolescent et son corps : En hommage à Annie Birraux »* (Éditions GREUPP).

Pontalis, J.-B. (1973). *Bisexualité et différence des sexes*. Gallimard.

Pontalis, J.-B. (2002). *Fenêtres* (folio). Gallimard.

Poteat, V. P., O'Brien, M. D., Rosenbach, S. B., Finch, E. K., & Calzo, J. P. (2021). Depression, Anxiety, and Interest in Mental Health Resources in School-Based Gender-Sexuality Alliances : Implications for Sexual and Gender Minority Youth Health Promotion. *Prevention Science*, *22*(2), 237-246. https://doi.org/10.1007/s11121-020-01196-2

Potte-Bonneville, M. (2012). Les corps de Michel Foucault. *Cahiers philosophiques*, *n° 130*(3), 72. https://doi.org/10.3917/caph.130.0072

Preciado, P. B. (2020). *Je suis un monstre qui vous parle*. Grasset.

Pullen Sansfaçon, Gelly, M. A., Gravel, R., Medico, D., Baril, A., Susset, F., & Paradis, A. (2023). A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. *Infant and Child Development*. https://doi.org/10.1002/icd.2402

Pullen Sansfaçon, Lee, E. O. J., & Faddoul, M. (2022). Être trans et autochtone : Réalités croisées au regard de l'expérience du social. *Les Cahiers du CIÉRA*, *20*, 33. https://doi.org/10.7202/1092548ar

Pullen Sansfaçon, Medico, D., Suerich-Gulick, F., & Temple Newhook, J. (2020).

"I knew that I wasn't cis, I knew that, but I didn't know exactly" : Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *International Journal of Transgender Health*, 1-14. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551

Pullen Sansfaçon, Temple Newhook, J., Douglas, L., Gotovac, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Lawson, M. L., & Bauer, G. R. (2022). Experiences and Stressors of Parents of Trans and Gender-Diverse Youth in Clinical Care from Trans Youth CAN! *Health & Social Work*, *47*(2), 92-101. https://doi.org/10.1093/hsw/hlac003

Pullen Sansfaçon, & Medico. (2021). *Jeunes trans et non binaires : De l'accompagnement à l'affirmation*.

Pyne, J. (2014). Gender independent kids : A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *23*(1), 1-8. https://doi.org/10.3138/cjhs.23.1.CO1

Rabain, N. (2021). Les adolescent·e·s transgenres et leurs parents : Abord groupal de la transition. *Recherches en psychanalyse*, *N° 30*(2), 140-146. https://doi.org/10.3917/rep2.030.0140

Rabain, N., Vachez-Gatecel, A., Mendes, N., Cohen, D., Brunelle, J., Poirier, F., Wielart, J., & Condat, A. (2021). Dispositifs groupaux dans l'accompagnement des enfants transgenres et/ou en questionnement à l'endroit de leur identité de genre : Revue de la littérature et expérience d'un dispositif innovant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *69*(7), 358-368. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.05.005

Rajon, A.-M. (2008). Ce que nous apprennent les parents d'enfants porteurs d'ambiguïté génitale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *56*(6), 370-376. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.04.020

Rassial, J.-J. (2005). La recherche et la trouvaille. *Cliniques méditerranéennes*, *71*(1), 169. https://doi.org/10.3917/cm.071.0169

Rassial, J.-J. (2009). *L'adolescent et le psychanalyste* (3e éd.). Payot.

Rassial, J.-J. (Éd.). (2016). *Genre et psychanalyse : La différence des sexes en question*. Érès.

Reisner, S. L., Vetters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center : A Matched Retrospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, *56*(3), 274-279. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264

Reucher, T. (2011). Dépsychiatriser sans démédicaliser, une solution pragmatique. *L'information psychiatrique*, *Volume 87*(4), 295-299. https://doi.org/10.1684/ipe.2011.0774

Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Review : Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—a critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, *26*(1), 3-14. https://doi.org/10.1111/camh.12437

Ricœur, P. (1983). *Temps et récit*. Editions du Seuil. http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782021144949

Ricoeur, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.

Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., & Eisenberg, M. E. (2018). Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth : A Population-Based Study. *Pediatrics*, *141*(3), e20171683. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1683

Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 13-20. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754

Roman, P. (2014). La recherche en psychopathologie et psychanalyse : Un défi clinique, entre créativité et aporie. *Recherches en psychanalyse*, *17*(1), 54. https://doi.org/10.3917/rep.017.0054

Romero, K., & Reingold, R. (2013). Advancing adolescent capacity to consent to

transgender-related health care in Colombia and the USA. *Reproductive Health Matters*, *21*(41), 186-195. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)41695-6

Rosaldo, M. Z., Lamphere, L., & Bamberger, J. (1974). *Woman, culture, and society*. Stanford University Press.

Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth : Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, *21*(4), 185. https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185

Rouleau, A. M., Sansfaçon, A. P., Lee, E. O. J., Cloutier, G., Hébert, A., & Marie-Lyne Roc. (2018). *Pratiques anti-oppressives auprès des jeunes trans*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26544.28168/1

Saez, J. (2005). *Théorie queer et psychanalyse* (F. Ben Kemoun, Trad.). EPEL.

Saleem, F., & Rizvi, S. W. (2017). Transgender Associations and Possible Etiology : A Literature Review. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.1984

Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. In Bromberg, M., Trognon, & A. (Éds.), *Cours de psychologie Sociale 1* (p. 45-77). Presses Universitaires de France. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00903244

Santarossa, A., Nabbijohn, A. N., van der Miesen, A. I. R., Peragine, D. E., & VanderLaan, D. P. (2019). Separation anxiety and gender variance in a community sample of children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(12), 1629-1643. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01319-3

Savoie-Zajc, L. (2013). Interrelations entre le singulier et l'universel : Les propositions de la recherche qualitative. In *Actes du 3e colloque du Réseau international francophone de recherche qualitative (RIFReQ)* (p. 7-24). Association pour la recherche qualitative. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-numero-complet.pdf

Sciara, L. (2011). *Banlieues : Pointe avancée de la clinique contemporaine*. Érès éd.

Serano, J., & Grunenwald, N. (2020). *Manifeste d'une femme trans et autres textes*.

Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating Population Size and Demographic Characteristics of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth in Middle School. *Journal of Adolescent Health*, *52*(2), 248-250. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016

Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*, *63*(1), 79-102. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018

Sibeoni, J. (2017). *L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent* [Phdthesis, Université Paris-Saclay]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01802086

Sironi, F. (2011). *Psychologies des transsexuels et des transgenres*. O. Jacob.

Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief Report : Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(8), 2628-2632. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2413-x

Smith (Éd.). (2008). *Qualitative psychology : A practical guide to research methods* (2nd ed). SAGE Publications.

Smith, M. K., & Mathews, B. (2015). Treatment for gender dysphoria in children : The

new legal, ethical and clinical landscape. *Medical Journal of Australia*, *202*(2), 102-104. https://doi.org/10.5694/mja14.00624

Sofiyana, A. (2005). Tuchê et Automaton. Introduction à l'Introduction au séminaire sur La Lettre volée. *La clinique lacanienne*, *8*(1), 199. https://doi.org/10.3917/cla.008.0199

Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics*, *146*(4), e20193600. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *PEDIATRICS*, *129*(3), 418-425. https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood : A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *16*(4), 499-516. https://doi.org/10.1177/1359104510378303

Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013a). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, *64*(2), 288-297. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020

Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013b). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, *64*(2), 288-297. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020

R. Stoller, « *Faits et hypothèses. Un examen du concept freudien de bisexualité* », Nouvelle revue de psychanalyse, « Bisexualité et différence des sexes », n° 7, 1973.

Stoller, R. (1979). *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme* (M. Novodorsqui, Trad.). Gallimard.

Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., … Anthony, L. G. (2020). A Clinical Program for Transgender and Gender-Diverse Neurodiverse/Autistic Adolescents Developed through Community-Based Participatory Design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-16. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817

Suen, L. W., Lunn, M. R., Sevelius, J. M., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Hunt, C., Weber, S., Bahati, M., Rescate, A., Dastur, Z., & Obedin-Maliver, J. (2022). Do Ask, Tell, and Show : Contextual Factors Affecting Sexual Orientation and Gender Identity Disclosure for Sexual and Gender Minority People. *LGBT Health*, lgbt.2021.0159. https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0159

Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2020). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths : A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5

Tankersley, A. P., Grafsky, E. L., Dike, J., & Jones, R. T. (2021). Risk and Resilience Factors for Mental Health among Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) Youth : A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*.

https://doi.org/10.1007/s10567-021-00344-6

Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 212-224. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390

Tessier, H. (2005). *La psychanalyse américaine*. PUF. https://doi.org/10.3917/puf.tessi.2005.01

Théry, I. (2023, mai 17). *Dix ans du mariage pour tous : « Un révélateur de l'évolution du modèle majoritaire »*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/05/17/dix-ans-du-mariage-pour-tous-un-revelateur-de-l-evolution-du-modele-majoritaire-pour-la-sociologue-irene-thery_6173652_3224.html

Thomas, M.-Y. (2007). La Controverse trans. *Mouvements*. https://mouvements.info/la-controverse-trans/

Tindall, L. (2009). J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin (2009), Interpretative Phenomenological Analysis : Theory, Method and Research. *Qualitative Research in Psychology*, *6*(4), 346-347. https://doi.org/10.1080/14780880903340091

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, *5*(2), e220978. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978

Trapin, D. (2005). De l'identité sexuelle à l'identité de genre : Une révolution képlerienne ?: *Psychologie clinique et projective*, *n° 11*(1), 9-33. https://doi.org/10.3917/pcp.011.0009

Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States : A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*, lgbt.2020.0437. https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437

Turner, J. (2018). *Trans teenagers have become an experiment*. https://www.thetimes.co.uk/article/trans-teenagers-have-become-an-experiment-87vn5m8fw

Twist, J., & de Graaf, N. M. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 277-290. https://doi.org/10.1177/1359104518804311

Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, *66*, 24-38. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003

van der Miesen, A. I. R., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers. *Journal of Adolescent Health*, *66*(6), 699-704. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018

Vandenbussche, E. (2021). Detransition-Related Needs and Support : A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Homosexuality*, 1-19. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479

Vandenbussche, E. (2022). Detransition-Related Needs and Support : A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Homosexuality*, *69*(9), 1602-1620. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479

VanderLaan, D. P., Leef, J. H., Wood, H., Hughes, S. K., & Zucker, K. J. (2015). Autism spectrum disorder risk factors and autistic traits in gender dysphoric children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(6), 1742-1750. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2331-3

Vanhercke, D., De Cuyper, N., Peeters, E., & De Witte, H. (2014). Defining perceived employability : A psychological approach. *Personnel Review*, *43*(4), 592-605. https://doi.org/10.1108/PR-07-2012-0110

van Schalkwyk, G. I., Klingensmith, K., & Volkmar, F. R. (2015). Gender identity and autism spectrum disorders. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *88*(1), 81-83.

Veale, J. F., Deutsch, M. B., Devor, A. H., Kuper, L. E., Motmans, J., Radix, A. E., & Amand, C. St. (2022). Setting a research agenda in trans health : An expert assessment of priorities and issues by trans and nonbinary researchers. *International Journal of Transgender Health*, *23*(4), 392-408. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2044425

Visentini, G. (2021). Descendre en singularité pour agir. Le cas limite de la psychanalyse dans le champ clinique: *Rue Descartes*, *N° 100*(2), 38-67. https://doi.org/10.3917/rdes.100.0038

Vives, J.-M. (2003). La vocation du féminin. *Cliniques méditerranéennes*, *68*(2), 193. https://doi.org/10.3917/cm.068.0193

Wainrib, S. (2006). La psychanalyse, une question de subjectivation ? *Le Carnet PSY*, *109*(5), 23. https://doi.org/10.3917/lcp.109.0023

Wallien, M. S. C., Quilty, L. C., Steensma, T. D., Singh, D., Lambert, S. L., Leroux, A., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Bradley, S. J., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2009). Cross-National Replication of the Gender Identity Interview for Children. *Journal of Personality Assessment*, *91*(6), 545-552. https://doi.org/10.1080/00223890903228463

Widlöcher, D. (2004). Pour une étude critique des concepts. *Recherches en psychanalyse*, *1*(1), 15. https://doi.org/10.3917/rep.001.0015

Wiepjes, C. M., den Heijer, M., Bremmer, M. A., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Coumou, B. J. G., & Steensma, T. D. (2020). Trends in suicide death risk in transgender people : Results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. https://doi.org/10.1111/acps.13164

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015) : Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(4), 582-590. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016

Winnicott, D. W. (2000). *Conversations ordinaires* (B. Bost, Trad.). Gallimard.

Winnicott, D. W., & Monod, C. (1982). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Gallimard.

Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and Psychological Wellbeing Outcomes Associated with Bullying in

Treatment-Seeking Transgender and Gender-Diverse Youth. *LGBT Health*, *6*(5), 216-226. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179

Wittig, M., & Bourcier, S. (2018). *La pensée straight* (Nouvelle éd). Éditions Amsterdam.

Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being : A comparison to cisgender gender-variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*(3), 241-253. https://doi.org/10.1037/cpp0000295

Yardley, L. (2017). Demonstrating the validity of qualitative research. *The Journal of Positive Psychology*, *12*(3), 295-296. https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262624

Yu, C., Zuo, X., Blum, R. W., Tolman, D. L., Kågesten, A., Mmari, K., De Meyer, S., Michielsen, K., Basu, S., Acharya, R., Lian, Q., & Lou, C. (2017). Marching to a Different Drummer : A Cross-Cultural Comparison of Young Adolescents Who Challenge Gender Norms. *Journal of Adolescent Health*, *61*(4), S48-S54. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.005

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health : A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, *21*(2), 125-137. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136

Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *13*(3), 551-568. https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.02.006

Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, *14*(5), 404. https://doi.org/10.1071/SH17067

Zucker, K. J., Blanchard, R., Kim, T.-S., Pae, C.-U., & Lee, C. (2007). Birth order and sibling sex ratio in homosexual transsexual South Korean men : Effects of the male-preference stopping rule. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*(5), 529-533. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01703.x

Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. (1997). Sex Differences in Referral Rates of Children with Gender Identity Disorder : Some Hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*(3), 217-227. https://doi.org/10.1023/A:1025748032640

Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, *42*(5), 901-914. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4

T A B L E D E S A N N E X E S

- ANNEXE 1 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS
- ANNEXE 2 : REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES UNITES DE SENS DES RECITS EXPERIENTIELS
- ANNEXE 3 : NOTES D'INFORMATION ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT
- ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA RESPONSABLE HOSPITALIERE
- ANNEXE 5 : DECLARATION A LA CNIL DU PROJET DE RECHERCHE

ANNEXE 1 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS

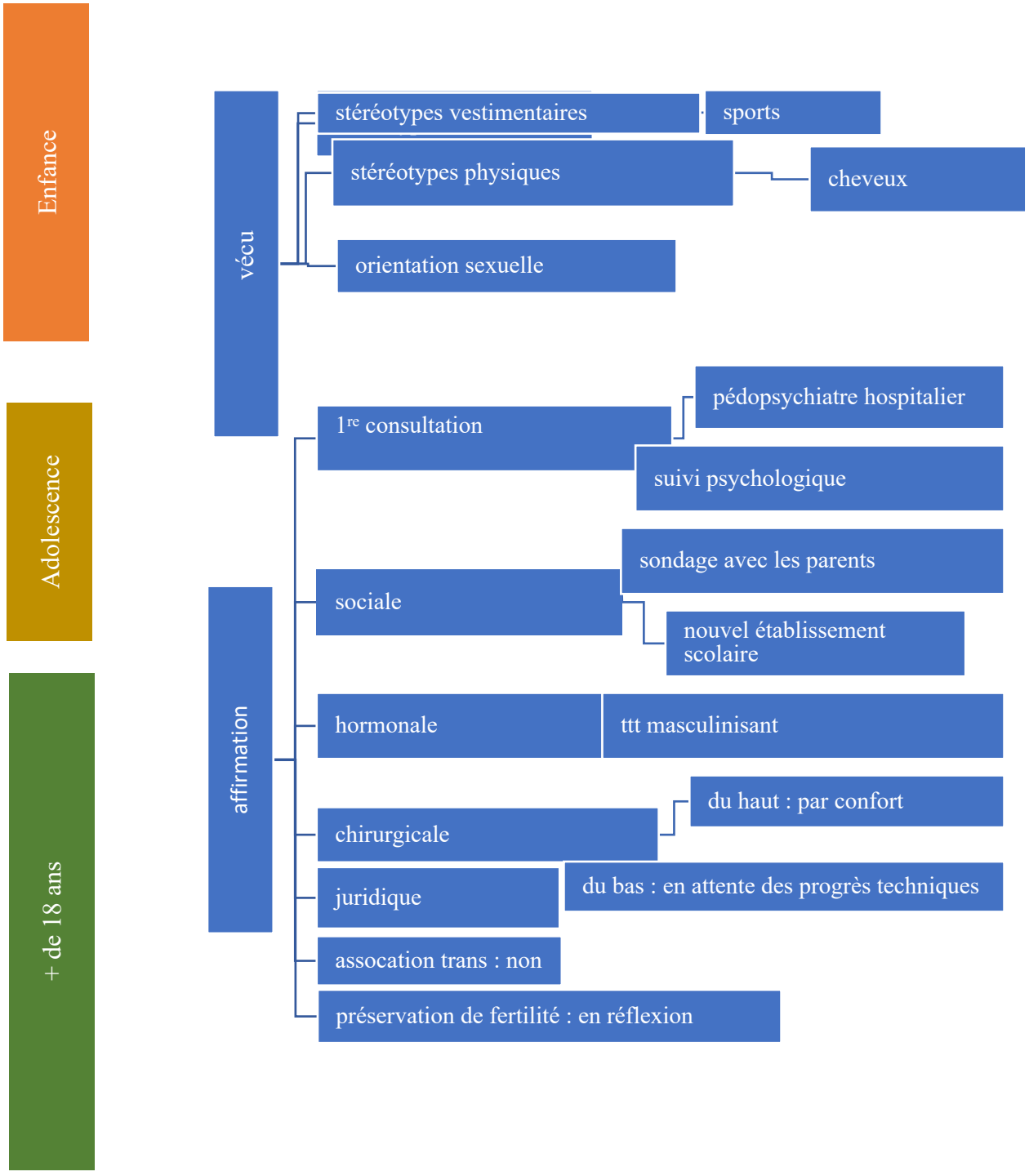
Les retranscriptions des entretiens répondent à l'exigence du respect de l'anonymat.

Toutes les modifications utiles permettant le maintien de l'anonymat des participant·es et de leurs familles ont été effectuées. Les prénoms, les lieux ou tout autre élément identifiant ont ainsi été modifiés.

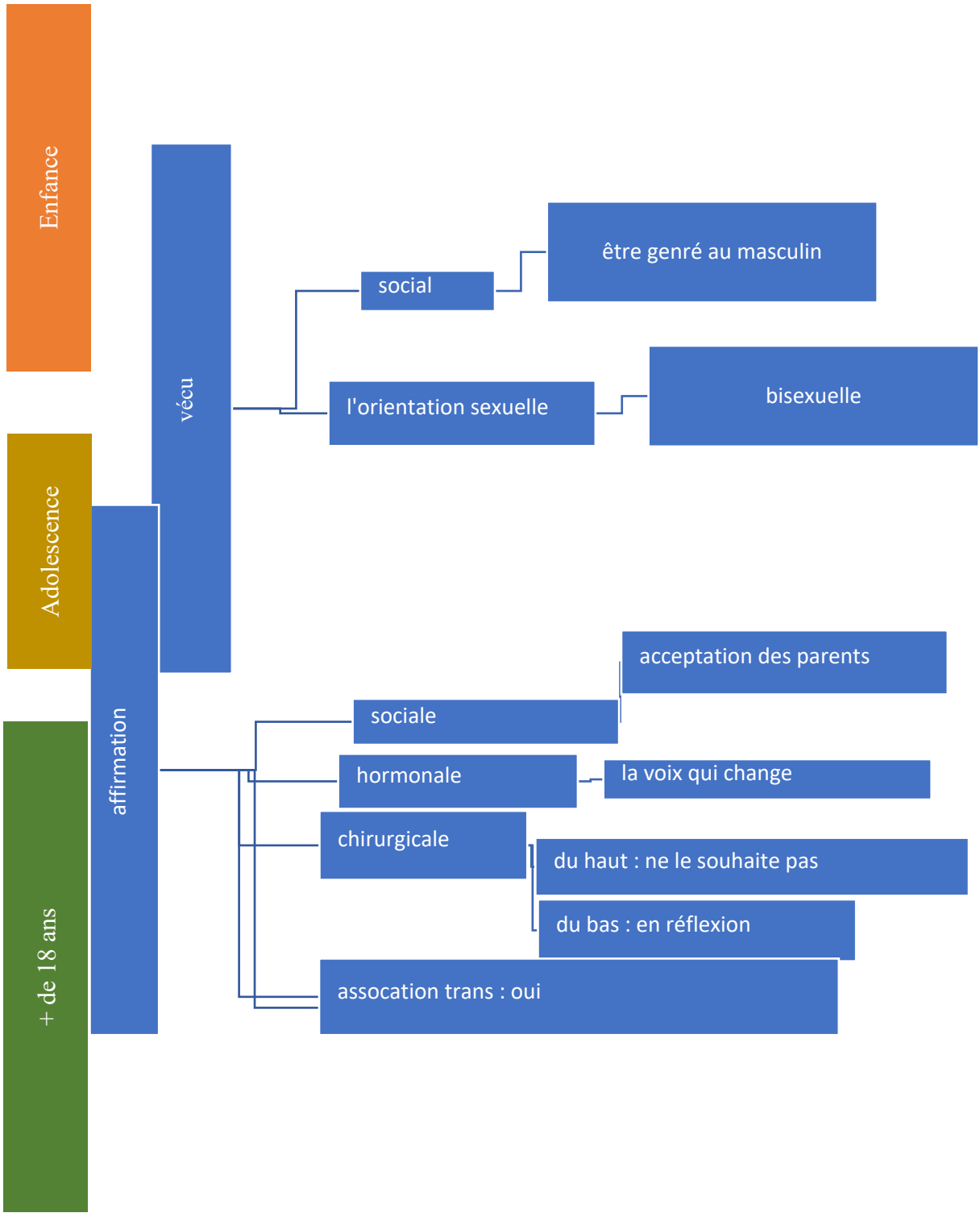
ANNEXE 2 : REPRESENTATIONS GRAPHIQUES DES UNITES DE SENS DES RECITS EXPERIENTIELS

Les unités de sens sont représentées sous forme graphique pour chaque entretien.

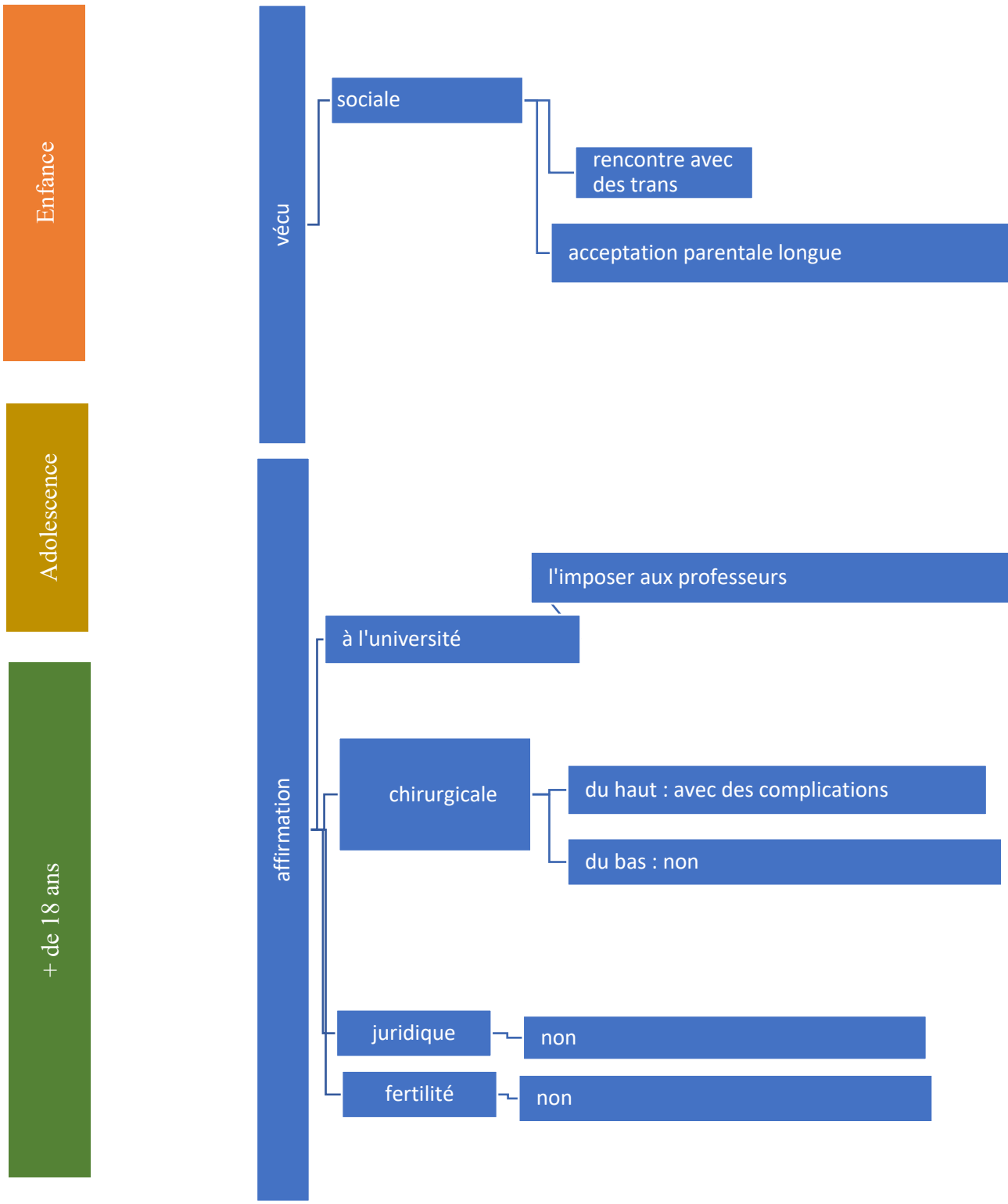
PORTRAIT N° 1 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE MATTHIAS



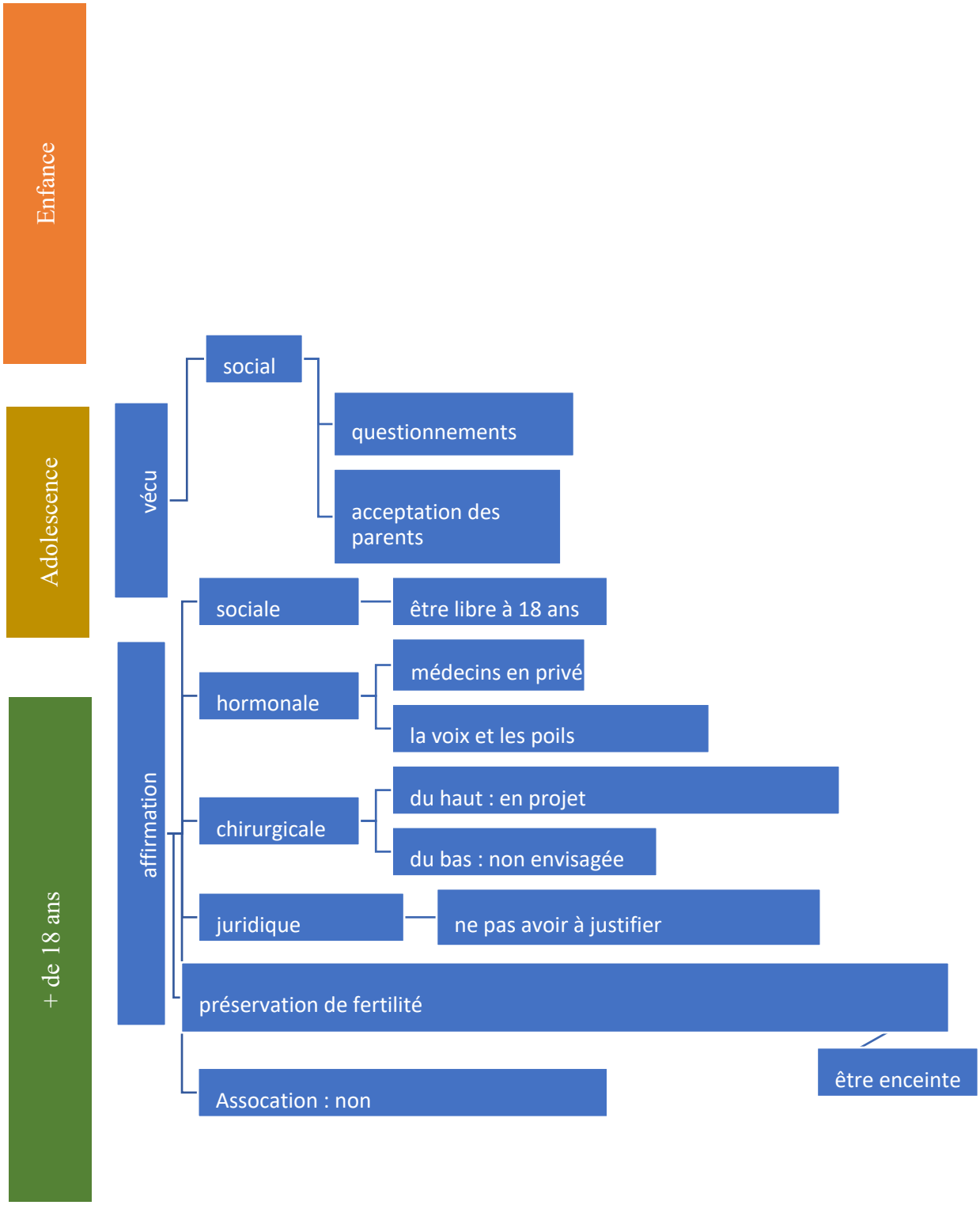
PORTRAIT N° 2 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE YANAËL



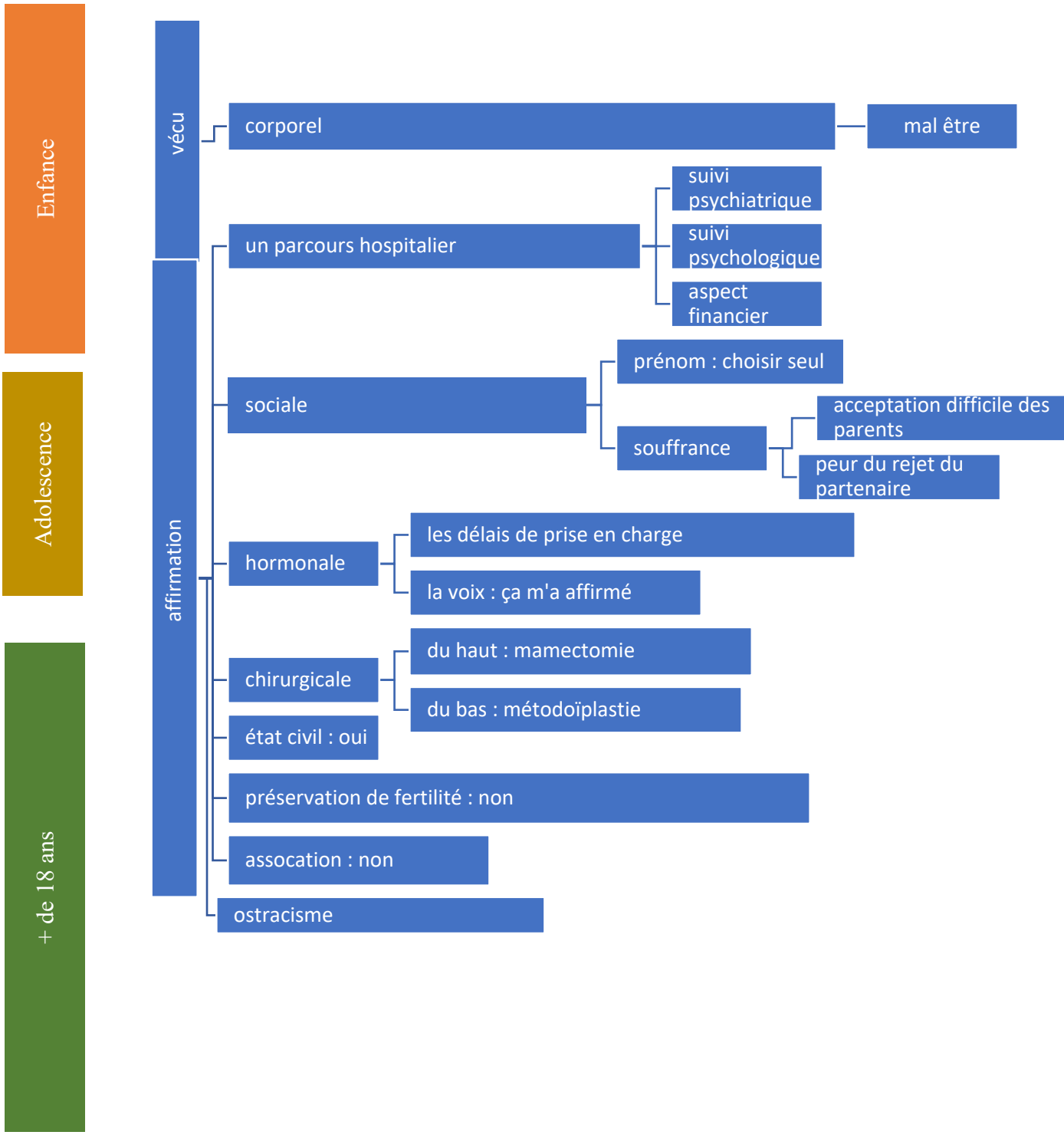
PORTRAIT N° 3 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE ALBAN



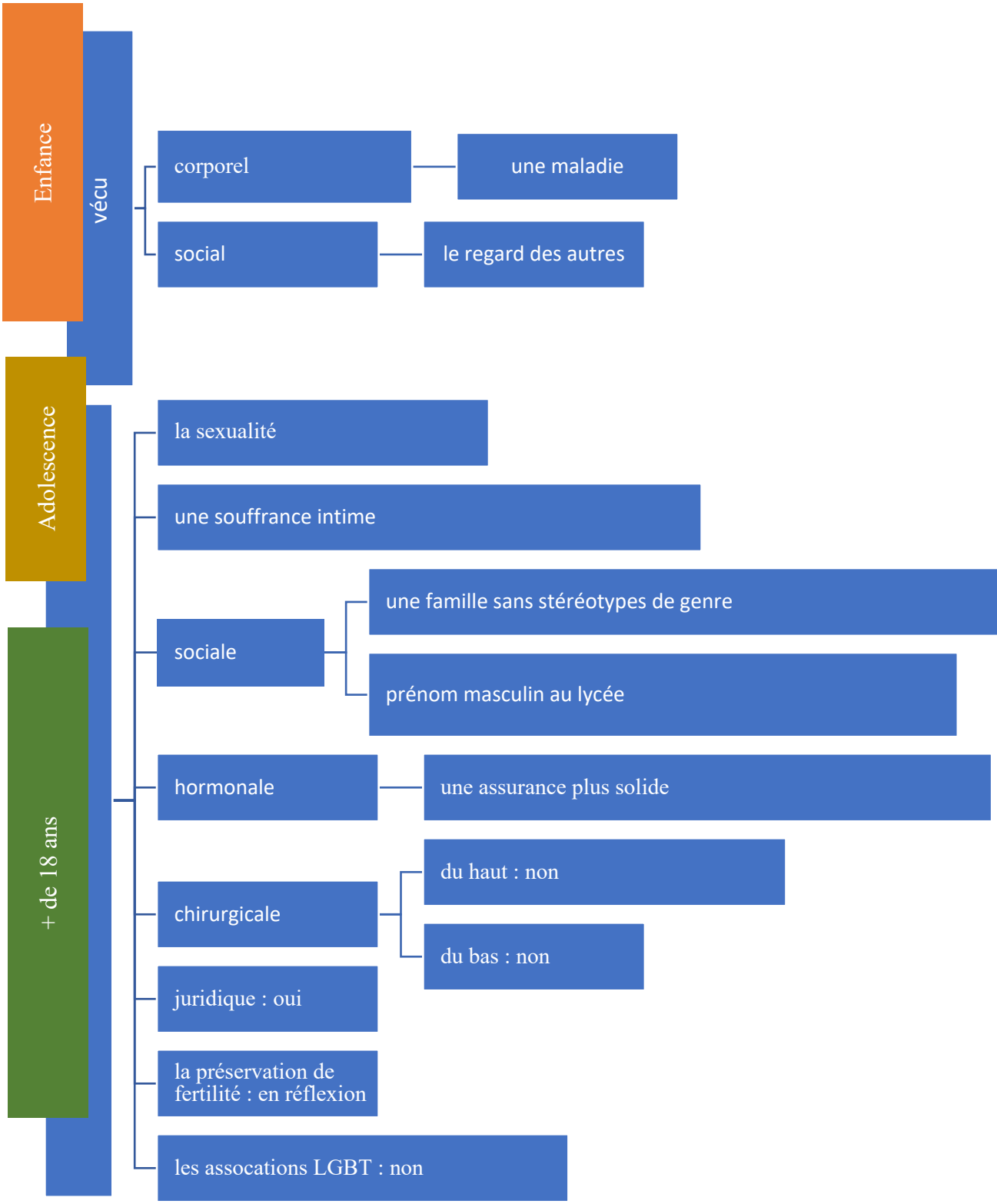
PORTRAIT N° 4 : UNITES DE SENS DE LA TRAJECTOIRE DE LAURENT



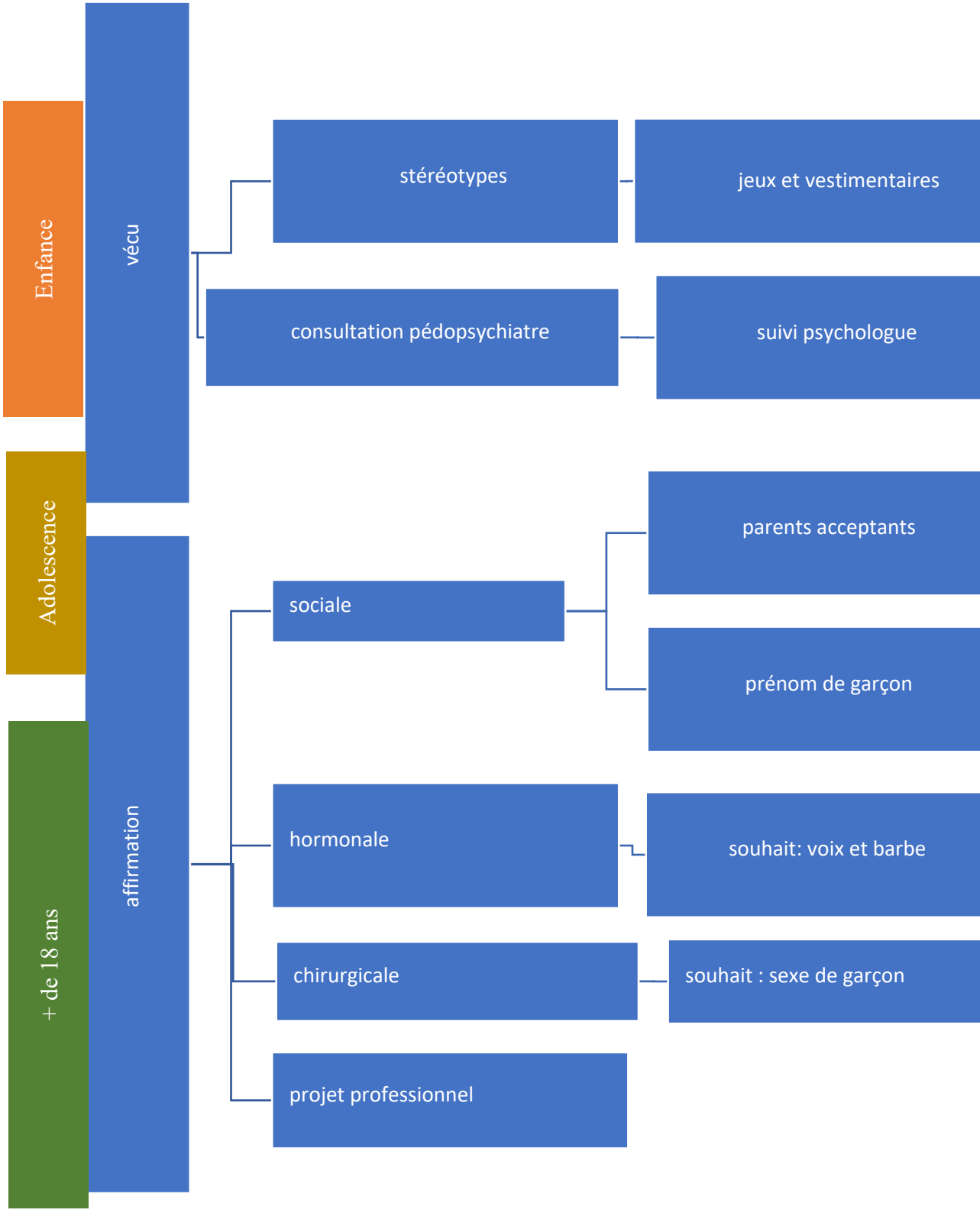
PORTRAIT N° 5 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE VICTORUS



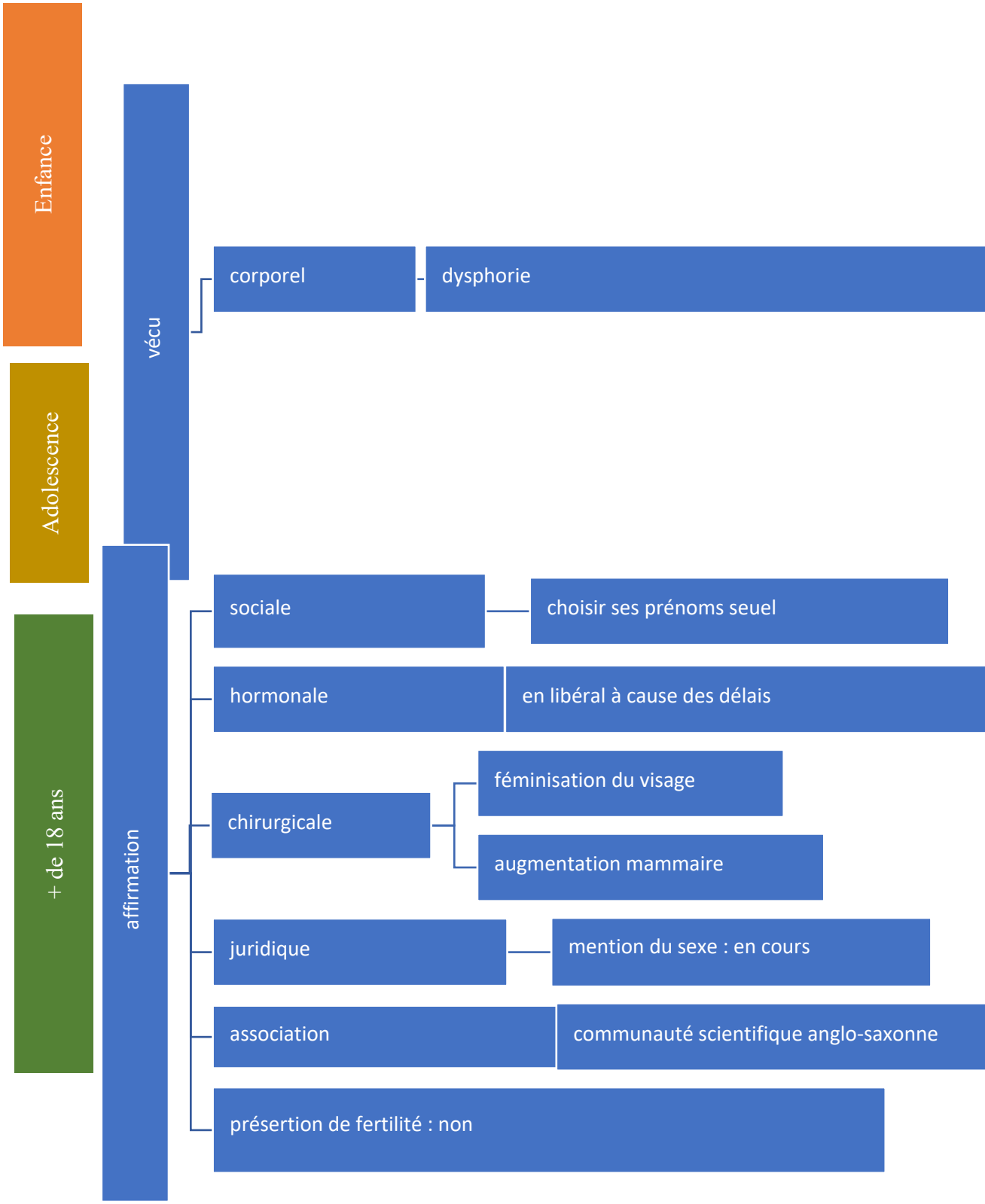
PORTRAIT N° 6 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE RONAN



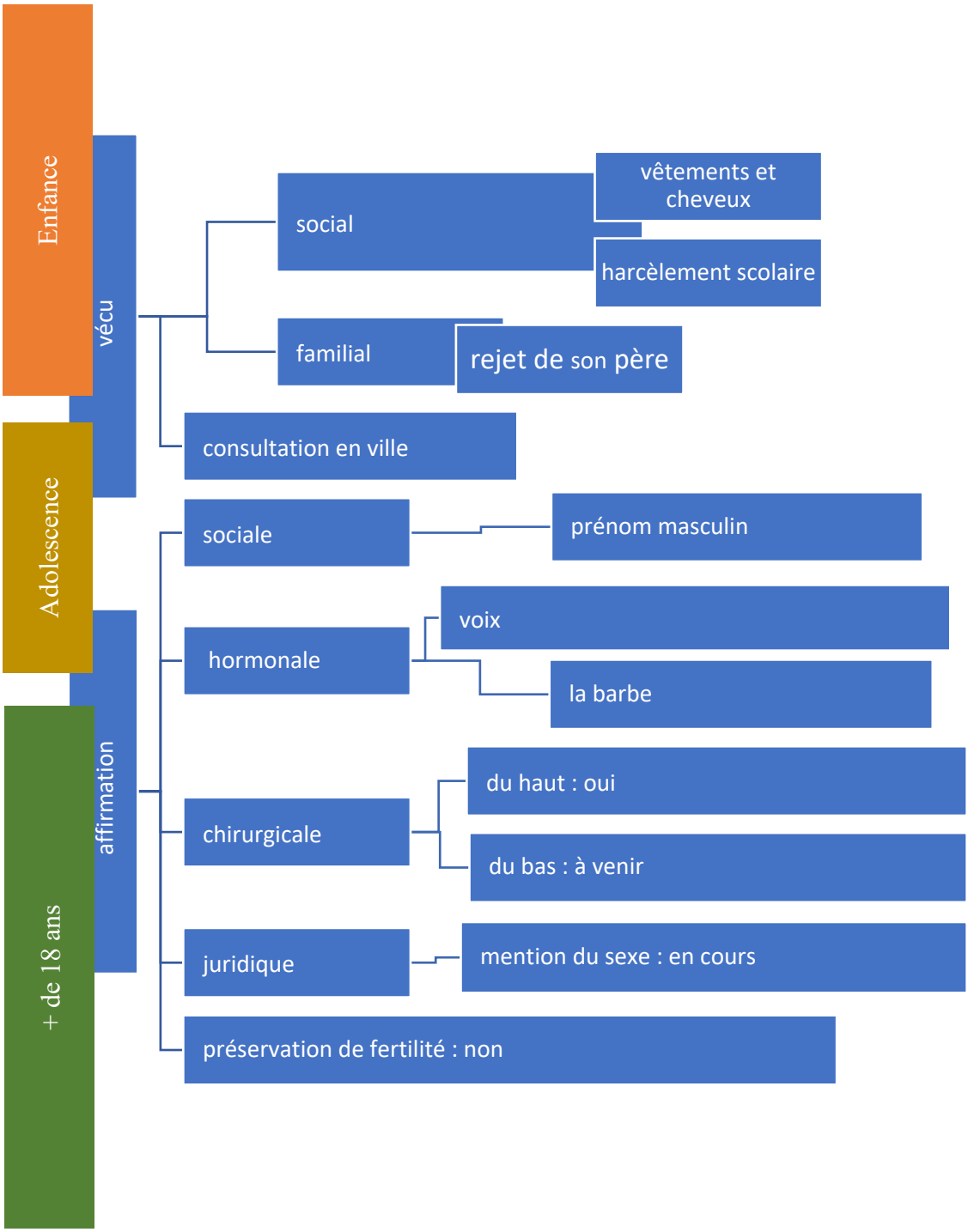
PORTRAIT N° 7 : UNITES DE SENS DE LA TRAJECTOIRE DE CYPRIEN



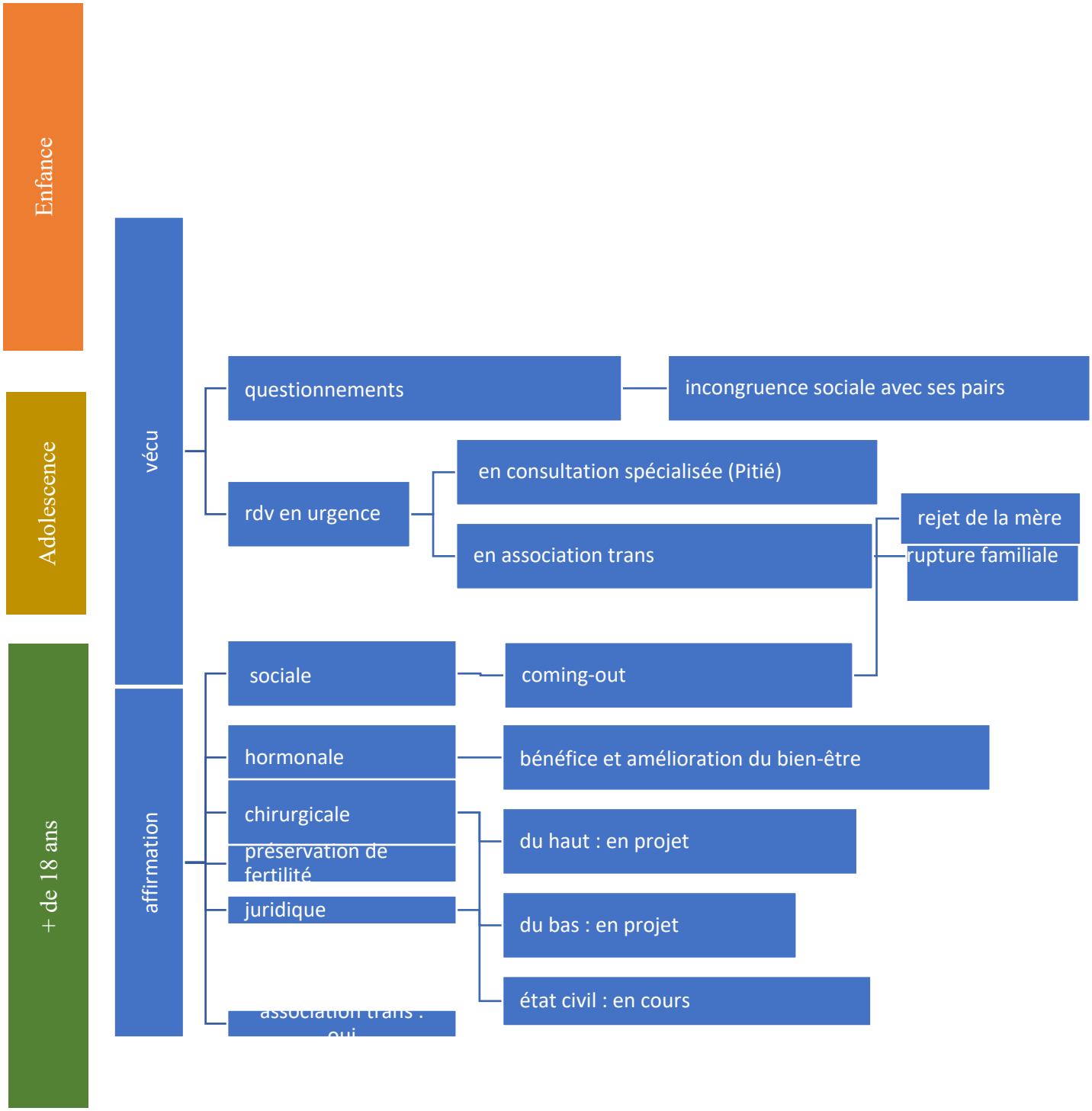
PORTRAIT N° 8 : UNITES DE SENS DE LA TRAJECTOIRE DE AGATHE



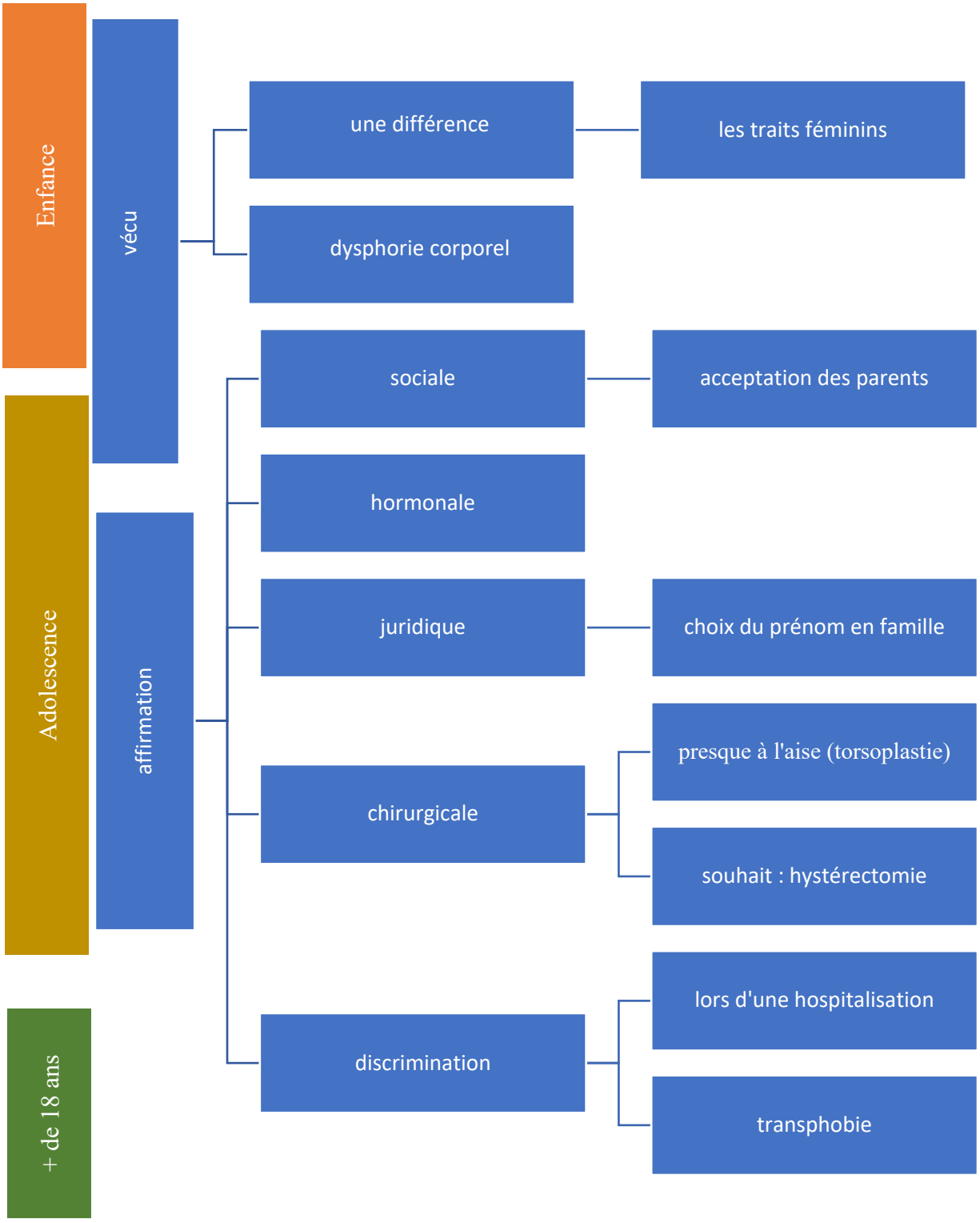
PORTRAIT N° 9 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE ALEX



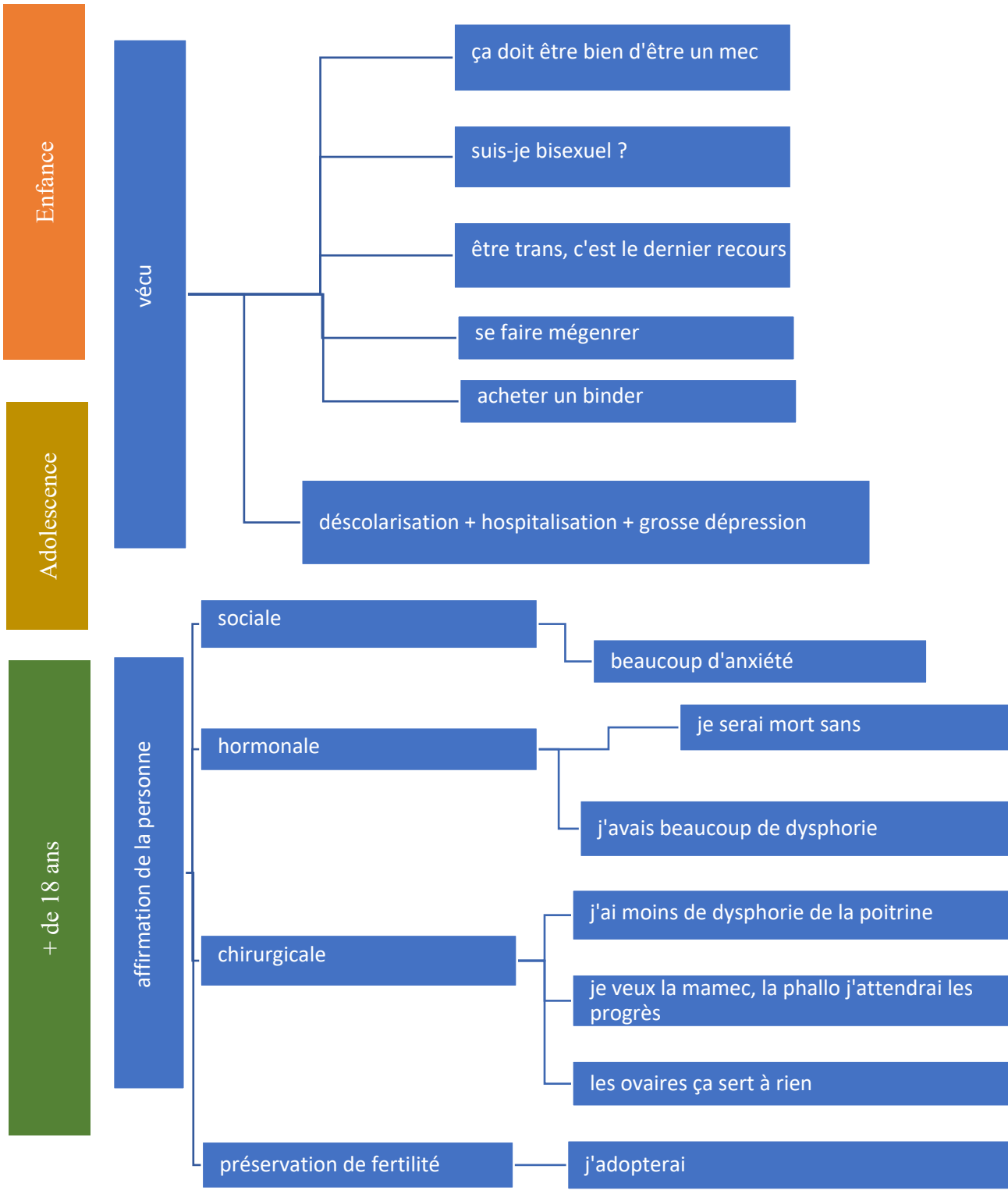
PORTRAIT N° 10 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE MADELIN



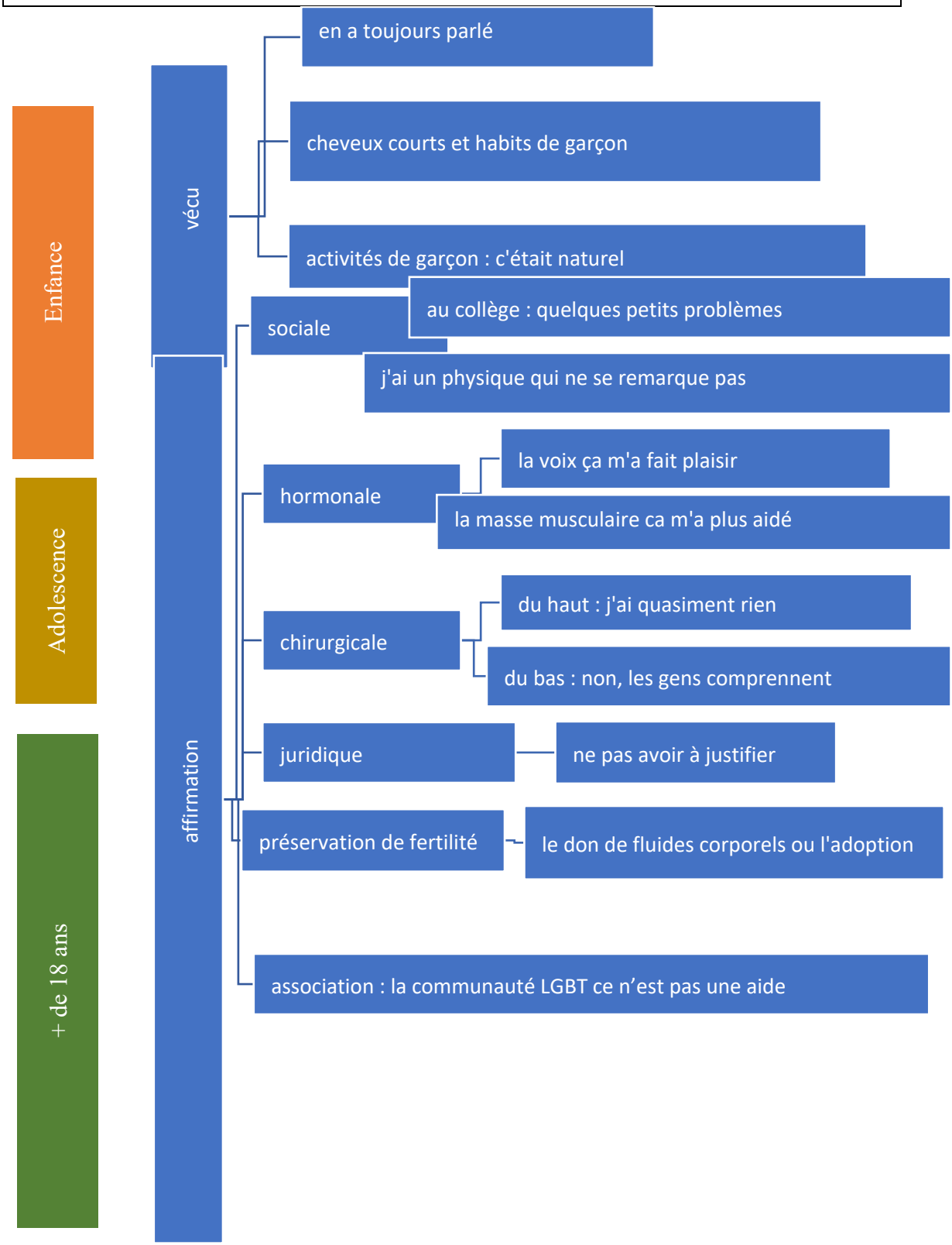
PORTRAIT N° 11 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE RUBEN



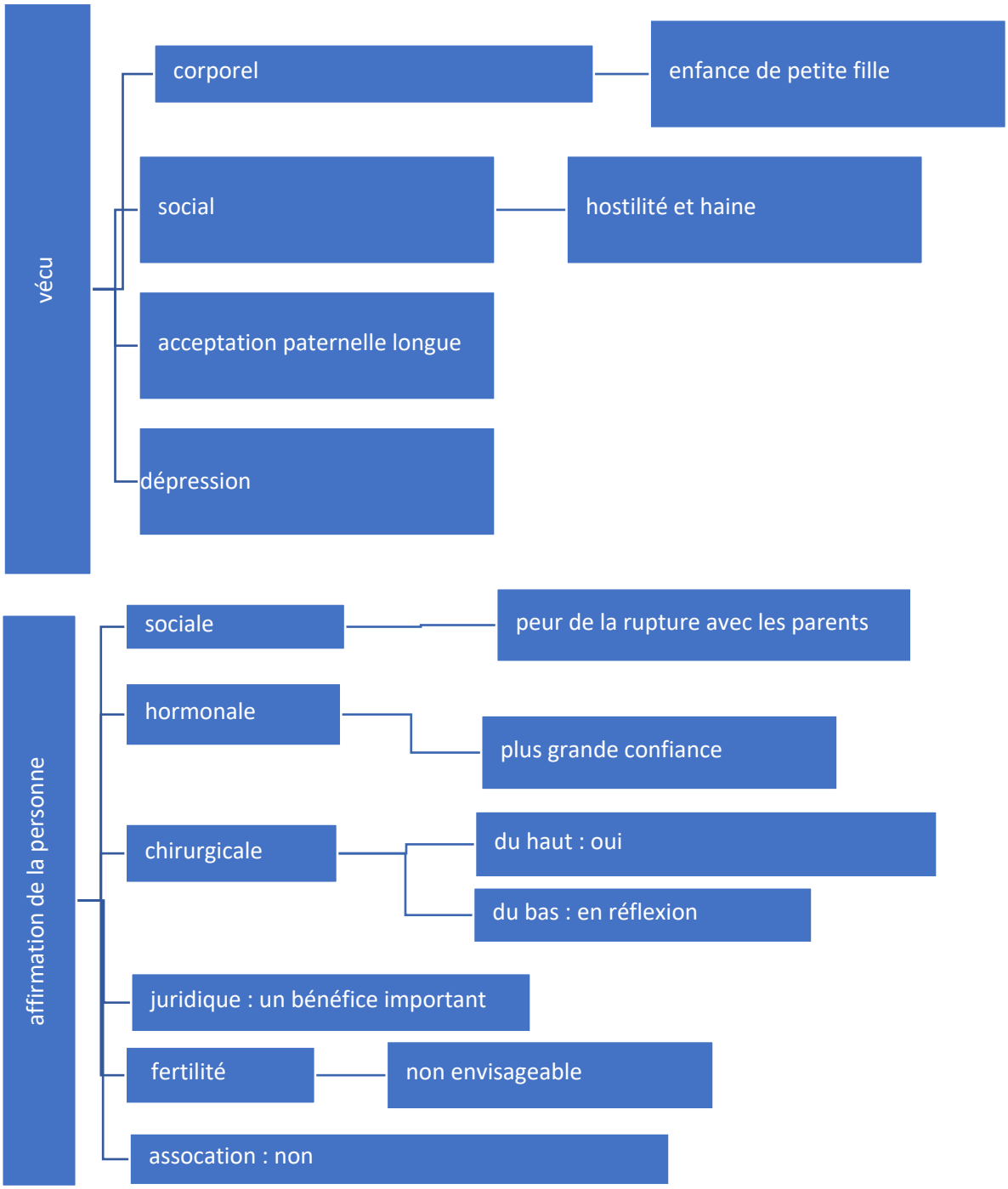
PORTRAIT N° 12 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE TRISTAN



PORTRAIT N° 13 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE MATTHIEU



PORTRAIT N° 14 : UNITES DE SENS DU RECIT EXPERIENTIEL DE JEAN



ANNEXE 3 : NOTES D'INFORMATION ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Cf. ci-après.

NOTE D'INFORMATION

Participant.e majeur.e

Les vécus et ressentis des jeunes transgenres

Psychologue-investigatrice :

Chrystelle Lagrange
Université de rattachement Paris 10 – ED 139, Clipsyd
200, avenue de la République
92000 Nanterre

Nous vous présentons ici les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles.

Lisez attentivement cette notice.
Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.
Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai de réflexion adapté, vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette recherche ou non.

Information générale sur l'étude

Une personne transgenre s'identifie à un genre différent que le genre qui lui a été assigné à la naissance. Ce genre d'identification peut être binaire – homme ou femme (ou non-binaire) ni exclusivement garçons/hommes, ni exclusivement filles/femmes, quelque part entre les deux, ou au-delà du concept de genre lui-même.
Aujourd'hui de plus en plus d'adolescent.e.s et de jeunes adultes, entre 14 et 25 ans, expriment un vécu identitaire qui dépasse le cadre binaire.
Comme pour les femmes et hommes transgenres, ces identités de genre peuvent entraîner chez certain.e.s le recours à des modifications corporelles (hormonales et/ou chirurgicales).
Ces situations tendent notamment à provoquer de plus violentes réactions de la part de l'entourage et de la société, allant de l'incompréhension au déni et au rejet. Les publications internationales sur ce sujet soulignent l'importance des difficultés psychologiques concomitantes, directement ou indirectement liées à la non-conformité de genre, et une plus grande difficulté d'accéder à des démarches de « réassignation de genre » en raison de la non-binarité.
Cette étude a pour objectif d'éclairer les professionnel.le.s de santé et toute personne intéressée sur la non-binarité et les enjeux qu'elle comporte, d'un point de vue individuel, d'un point de vue d'une éthique de l'accompagnement lors d'une transition, et d'un point de vue sociétal. Il s'agit de rendre compte de la situation en

France en prenant le parti de la refléter depuis un ancrage médical d'une part et depuis un ancrage associatif d'autre part. Il nous intéresse également d'analyser l'intrication entre adolescence et transidentité.

Objectifs de l'étude

La littérature scientifique internationale tend vers une prise en compte du singulier accrue, tant du point de vue de l'accompagnement médico-psychologique et légal des personnes transgenres que, de manière plus globale, de l'inclusivité des genres dans la recherche. Cette étude vise donc à rendre compte de la situation française, tant d'un point de vue des adolescent.e.s et jeunes adultes qui consultent dans un réseau de professionnel·les de santé que d'un point de vue associatif. Ce regard croisé, impliquant de part et d'autre des biais inévitables, vise à donner un aperçu le plus exhaustif possible de la question.

Bénéfices attendus suite à cette étude.

Permettre d'éclairer les professionnel.le.s de santé et toute personne intéressée sur les enjeux de la non-binarité et ses enjeux individuels et collectifs, en particulier à l'adolescence.

Déroulement de la recherche

Les participant.e.s

Les participant.e.s cibles de l'étude sont des adolescent.e.s et jeunes adultes entre 12 et 24 ans exprimant ou ayant exprimé une identité de transgenre.

La sélection – inclusion dans la recherche

Cette feuille d'information vous a été remise par la psychologue-investigatrice ou via un réseau médical ou associatif. Votre participation sera officielle une fois que vous aurez remis la lettre de consentement signée.

Votre participation consistera à :

Bénéficier d'un entretien avec une psychologue ;

Au total, l'entretien devrait durer 1h.

Interruption de la recherche et de votre participation

La recherche peut être interrompue à tout moment par la psychologue-investigatrice ou par vous-même.

Vous pouvez à tout moment décider d'interrompre votre participation, vous informerez la psychologue-investigatrice et vous n'aurez aucune justification à donner.

Expérience des chercheur·euses

Chrystelle Lagrange est psychologue clinicienne avec une expérience clinique

auprès des enfants, adolescent.e.s et jeunes adultes transgenres.

Aspects réglementaires et administratifs

Information sur les données vous concernant

Dans le cadre de cette recherche, vos données personnelles vont être traitées informatiquement, afin d'analyser les résultats.

Ce traitement se fera de manière anonyme et confidentielle, car ces données seront identifiées uniquement par un numéro de code. La correspondance entre ce code et votre nom/prénom ne pourra être établie que grâce à une liste, consignée à part dans un autre bureau.

Vous avez un droit d'accès, au cours et à l'issue de la recherche, à votre compte-rendu d'entretien.

Conformément aux dispositions à la loi *« informatiques et libertés »**
Les fichiers informatiques utilisés dans cette recherche visant à évaluer les soins courants sont autorisés par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (déclaration CNIL n°2220552 v 0).
Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données informatisées ;
Vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission de vos données informatisées susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche.
Ces droits s'exercent auprès de la psychologue-investigatrice qui vous suit dans le cadre de la recherche.

**loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

Condition de participation

Pour participer à la recherche proposée,

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire et libre.
Vous pourrez à tout moment quitter cette étude.
Votre participation pourra également être interrompue par la psychologue-investigatrice si celle-ci l'estime nécessaire ou en cas d'arrêt prématuré de la recherche.

Modalités de participation à l'étude

Tout au long de votre participation, vous serez informé.e de la survenue des nouvelles données sur le déroulement de l'étude ou sa mise en œuvre susceptible de modifier votre décision quant à votre participation à la recherche.

Vous avez la possibilité à tout moment de l'étude de contacter la psychologue-investigatrice (chrystelle.lagrange@gmail.com ; 06 07 30 11 40) pour toute demande d'information complémentaire sur la recherche, sur votre participation ou sur vos données personnelles.

Vous avez également la possibilité de connaître les résultats de cette étude et d'être informé.e dans le cas d'une publication éventuelle. Les résultats globaux seront communiqués aux participant.e.s sur simple demande.

Discrimination

Toute discrimination est prohibée dans cette étude. En effet, chaque participant.e est rencontré.e et accueilli.e de la même façon, peu importe son genre, son orientation sexuelle, ses croyances, son origine sociale ou ethnique, ou tout autre élément qui en d'autres circonstances pourrait amener à une distinction, qu'elle soit de nature négative ou positive.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à vos proches pour avis.

Nous vous remercions de votre coopération.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous demandons de le faire savoir à la psychologue-investigatrice qui vous propose la recherche.

NOTE D'INFORMATION

Participant·e mineur·e

Les vécus et ressentis des jeunes transgenres

Psychologue-investigatrice :

Chrystelle Lagrange
Université de rattachement Paris 10 – ED 139, Clipsyd
200, avenue de la République
92000 Nanterre

Nous vous présentons ici les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles.

Lisez attentivement cette notice.
Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.
Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai de réflexion adapté, vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette recherche ou non.

Information générale sur l'étude

Une personne transgenre s'identifie à un genre différent que le genre qui lui a été assigné à la naissance. Ce genre d'identification peut être binaire – homme ou femme (ou non-binaire) ni exclusivement garçons/hommes, ni exclusivement filles/femmes, quelque part entre les deux, ou au-delà du concept de genre lui-même.
Aujourd'hui de plus en plus d'adolescent.e.s, entre 12 et 18 ans, expriment un vécu identitaire qui dépasse le cadre binaire.
Comme pour les femmes et hommes transgenres, ces identités de genre peuvent entraîner chez certain.e.s le recours à des modifications corporelles (hormonales et/ou chirurgicales).
Ces situations tendent notamment à provoquer de plus violentes réactions de la part de l'entourage et de la société, allant de l'incompréhension au déni et au rejet. Les publications internationales sur ce sujet soulignent l'importance des difficultés psychologiques concomitantes, directement ou indirectement liées à la non-conformité de genre, et une plus grande difficulté d'accéder à des démarches de « réassignation de genre » en raison de la non-binarité.
Cette étude a pour objectif d'éclairer les professionnel.le.s de santé et toute personne intéressée sur la non-binarité et les enjeux qu'elle comporte, d'un point de vue individuel, d'un point de vue d'une éthique de l'accompagnement lors d'une transition, et d'un point de vue sociétal. Il s'agit de rendre compte de la situation en France en prenant le parti de la refléter depuis un ancrage médical d'une part et

depuis un ancrage associatif d'autre part. Il nous intéresse également d'analyser l'intrication entre adolescence et transidentité.

Objectifs de l'étude

La littérature scientifique internationale tend vers une prise en compte du singulier accrue, tant du point de vue de l'accompagnement médico-psychologique et légal des personnes transgenres que, de manière plus globale, de l'inclusivité des genres dans la recherche. Cette étude vise donc à rendre compte de la situation française, tant d'un point de vue des adolescent.e.s et jeunes adultes qui consultent dans un réseau de professionnel.le.s de santé que d'un point de vue associatif. Ce regard croisé, impliquant de part et d'autre des biais inévitables, vise à donner un aperçu le plus exhaustif possible de la question.

Bénéfices attendus suite à cette étude.

Permettre d'éclairer les professionnel.le.s de santé et toute personne intéressée sur les enjeux de la non-binarité et ses enjeux individuels et collectifs, en particulier à l'adolescence.

Déroulement de la recherche

Les participant.e.s

Les participant.e.s cibles de l'étude sont des adolescent.e.s et jeunes adultes entre 12 et 24 ans exprimant ou ayant exprimé une identité de transgenre.

La sélection – inclusion dans la recherche

Cette feuille d'information vous a été remise par la psychologue-investigatrice ou via un réseau médical ou associatif. Votre participation sera officielle une fois que vous aurez remis la lettre de consentement signée.

Votre participation consistera à :

Bénéficier d'un entretien avec une psychologue ;

Au total, l'entretien devrait durer 1h.

Interruption de la recherche et de votre participation

La recherche peut être interrompue à tout moment par la psychologue-investigatrice ou par vous-même ou les parents.

Vous pouvez à tout moment décider d'interrompre votre participation, vous informerez la psychologue-investigatrice et vous n'aurez aucune justification à donner.

Expérience des chercheur·euses

Chrystelle Lagrange est psychologue clinicienne avec une expérience clinique auprès des enfants, adolescent·es et jeunes adultes transgenres.

Aspects réglementaires et administratifs

Information sur les données vous concernant

Dans le cadre de cette recherche, vos données personnelles vont être traitées informatiquement, afin d'analyser les résultats.

Ce traitement se fera de manière anonyme et confidentielle, car ces données seront identifiées uniquement par un numéro de code. La correspondance entre ce code et votre nom/prénom ne pourra être établie que grâce à une liste, consignée à part dans un autre bureau.

Vous avez un droit d'accès, au cours et à l'issue de la recherche, à votre compte-rendu d'entretien.

Conformément aux dispositions à la loi *« informatiques et libertés »**
Les fichiers informatiques utilisés dans cette recherche visant à évaluer les soins courants sont autorisés par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (déclaration CNIL n°2220552 v 0).
Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données informatisées ;
Vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission de vos données informatisées susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche.
Ces droits s'exercent auprès de la psychologue-investigatrice qui vous suit dans le cadre de la recherche.

**loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

Condition de participation

Pour participer à la recherche proposée,

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire et libre.
Le consentement des parents est obligatoire.
Vous pourrez à tout moment quitter cette étude.
Votre participation pourra également être interrompue par la psychologue-investigatrice si celle-ci l'estime nécessaire ou en cas d'arrêt prématuré de la recherche.

Modalités de participation à l'étude

Tout au long de votre participation, vous serez informé.e de la survenue des nouvelles données sur le déroulement de l'étude ou sa mise en œuvre susceptible de modifier votre décision quant à votre participation à la recherche.

Vous avez la possibilité à tout moment de l'étude de contacter la psychologue-investigatrice (chrystelle.lagrange@gmail.com ; 06 07 30 11 40) pour toute demande d'information complémentaire sur la recherche, sur votre participation ou sur vos données personnelles.

Vous avez également la possibilité de connaître les résultats de cette étude et d'être

informé.e dans le cas d'une publication éventuelle. Les résultats globaux seront communiqués aux participant.e.s sur simple demande.

Discrimination

Toute discrimination est prohibée dans cette étude. En effet, chaque participant.e est rencontré.e et accueilli.e de la même façon, peu importe son genre, son orientation sexuelle, ses croyances, son origine sociale ou ethnique, ou tout autre élément qui en d'autres circonstances pourrait amener à une distinction, qu'elle soit de nature négative ou positive.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à vos proches pour avis. Nous vous remercions de votre coopération.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous demandons de le faire savoir à la psychologue-investigatrice qui vous propose la recherche.

Le jeune moins de 18 ans Les parents

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Participant.e majeur.e

Titre de la recherche :

Exploration du fonctionnement psychique et social des adolescent.e.s exprimant un questionnement sur leur identité de genre

Je, soussigné.e (*nom et prénom), né.e le .../.../.....*

Accepte de participer à l'étude « Exploration du fonctionnement psychique et social des adolescent.e.s exprimant un questionnement sur leur identité de genre ».

Les buts et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par la psychologue clinicienne Chrystelle Lagrange.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Tout refus de participation à l'étude n'a aucune conséquence, le cas échéant, sur mon suivi médical habituel.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à Paris, le 18 juin 2020

Nom, prénom, signature

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Participant.e mineur.e (à partir de 12 ans)

Titre de la recherche :

Exploration du fonctionnement psychique et social chez les adolescent.e.s trans

Je, soussigné.e ……*(nom et prénom), né.e le .../.../.....*

Accepte de participer à l'étude « Exploration du fonctionnement psychique et social des adolescent.e.s exprimant un questionnement sur leur identité de genre ».

Les buts et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par la psychologue clinicienne Chrystelle Lagrange.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Refuser de participer à cette étude n'a aucune conséquence, le cas échéant, sur mon suivi médical.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA RESPONSABLE HOSPITALIERE

GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE
47 - 83 Boulevard de l'Hôpital
75651 PARIS Cedex 13

Hôpitaux Universitaires La Pitié Salpêtrière - Charles Foix

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Responsable hospitalier

Je, soussigné.e Docteur Agnès Condat, *Praticien hospitalier* à GH Pitié Salpêtrière-Charles Foix accepte d'informer certain.e.s des patient.e.s que j'accompagne dans le cadre de démarches dites de réassignation de genre et qui répondent aux critères d'inclusion du projet de recherche « Exploration du fonctionnement psychique et social des adolescent.e.s et jeunes adultes exprimant un questionnement sur leur identité de genre. ».

J'accepte en outre que la psychologue Chrystelle Lagrange réalise un entretien de recherche avec ceux/celles qui seraient intéressé.e.s.

Les buts et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mme Lagrange.

Fait à Paris, le 2 février 2020

Dr Agnès Condat

SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE DU XIIEME ARRONDISSEMENT :
CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE - 14 rue Eugénie Eboué - 75012 PARIS - ☎01 42 17 85 40 (responsable Dr. A. FRANCESCHINI MANDEL)
UNITÉ PETITE ENFANCE ET PARENTALITÉ - 28 Allée Vivaldi - 75012 PARIS - ☎01 42 17 85 50 (responsable Dr. D. RABAIN)

ANNEXE 5 : DECLARATION A LA CNIL DU PROJET DE RECHERCHE

CNIL.
COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Référence CNIL :
2220552 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 29 décembre 2020

Madame Chrystelle LAGRANGE
UNIVERSITÉ PARIS NANTEREE
200 AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE
92001 NANTERRE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	UNIVERSITÉ PARIS NANTEREE	**N° SIREN/SIRET :**	199212044 00010
Service :	PRÉSIDENCE	**Code NAF ou APE :**	8542Z
Adresse :	200 AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE	**Tél. :**	0140977170
		Fax. :	
CP :	92001		
Ville :	NANTERRE		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 30 décembre 2020

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : https://www.cnil.fr/donnees-personnelles