

UNIVERSITE René Descartes-PARIS V  
Institut de Psychologie  
Centre Henri Piéron

Etude du devenir du sujet transsexuel  
réassigné.

Renaissance ou illusion ?

Mémoire de Maîtrise de Psychopathologie

Année Universitaire 2004

Remerciements :

Je remercie tout particulièrement Madame V., directrice de mémoire pour sa disponibilité, sa supervision et ses précieux conseils.

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes transsexuelles qui m'ont accueillies, m'ont exposées des aspects intimes de leur vie, de leur parcours, m'ont accordé leur confiance en consentant à cette recherche, et m'ont ouvert à d'autres perspectives de réflexion et d'autres modalités de compréhension de leur souffrance. J'exprime également ma reconnaissance aux différents membres du CARITIG qui m'ont beaucoup appris et m'ont permis une plus grande ouverture d'esprit sur le sujet.

En outre je voudrais remercier mon fiancé, ma famille et mes amis qui m'ont aidé de manière différente et utile à réaliser ce travail.

# TABLE DES MATIERES.

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION.....1

## PREMIERE PARTIE : THEORIE

**CHAPITRE 1 : TRANSSXUALISME ET IDENTITE DE GENRE. ....3**

- I- Le transsexualisme dans l’histoire :.....3
  - A./ A travers le mythe. ....3
  - B./ A travers l’histoire.....4
- II- Champ : Psychologie de l’identité de genre.....4
- III- Problématique : le transsexualisme ou transsexualité ?.....6
  - A./ Naissance d’une entité pathologique.....6
  - B./ Apparition du terme.....7
  - C./ L’inégalité des sexes.....8
- IV- Une définition délicate : Théorie psychanalytique et psychiatrique.....10
  - A./ Tenants des diagnostics état limite et du trouble du narcissisme. . . . 12
  - B./ Diagnostic différentiel.....14
- V- Traitement : approche thérapeutique.....15
  - A./ Traitement psychothérapique.....16
  - B./ Traitement hormono-chirurgical.....17

**CHAPITRE 2 : QUE DEVIENNENT-ILS?.....19**

- I- Eléments pronostiques.....20
- II- Etat de la recherche.....21
  - A./ La satisfaction de la réassignation hormono-chirurgicale. ....23
  - B./ Regrets et insatisfaction de la réassignation hormono-chirurgicale.....24
  - C./ Suicides .....25
  - D./ Le devenir psychologique.....25
  - E./ Le devenir sexuel.....26
  - F./ Le devenir social .....28
  - G./ Le devenir professionnel.....29
- III- Renaissance ou illusion ? .....32
  - A./ Les personnes transsexuelles se sentent-elles complètement femme ou homme ? .....33
  - B./ L’expérience du miroir.....34

V-	Hypothèses de recherche.....	35
----	------------------------------	----

**DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE**  
**La réalité du terrain.**

I-	Dispositif méthodologique.....	36
	A./ Procédure de recherche.....	36
	B./ Mode de recrutement : caractéristique de l'échantillon.....	37
	C./ Présentation du terrain de recherche : le CARITIG.....	38
	D./ Ethique et limites de la recherche.....	38
	E./ Les variables de la recherche.....	40
II-	Entretiens cliniques.....	40
	A./ Entretien avec D .....	40
	1°) Impressions cliniques.....	41
	2°) Analyse clinique.....	41
	B./ Entretien avec S.....	48
	1°) Impressions cliniques.....	48
	2°) Analyse clinique.....	49
	C./ Entretien avec C.....	57
	1°) Impressions cliniques.....	58
	2°) Analyse clinique .....	58
III-	Discussion et résultats.....	66
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE.....	70
	INDEX des auteurs.....	74
	ANNEXES : entretiens cliniques.....	75
	Entretien D .....	75
	Entretien S.....	83
	Entretien C.....	96

## INTRODUCTION.

Lors d'un cours de Licence, notre enseignante A.MICHEL, avant de nous présenter l'objectif de celui-ci nous posa une question qui paraissait à première vue relativement simple : « Comment savez-vous que vous êtes un homme ou une femme et pouvez-vous me définir ce qu'est une femme ou un homme? ». Cette remarque me laissa perplexe : je suis une femme parce que mon corps est celui d'une femme, qu'on ne m'a jamais dit le contraire tout au long de mon développement. Mes parents et mes pairs m'ont éduqué en tant que « fille ». Il me paraissait évident et logique de dire « je suis une femme », que j'appartiens à ce genre sans me poser aucune question.

En effet, généralement l'être humain ne se pose pas la question de savoir quelle est son identité de genre, il ne se pose pas non plus la question de son existence en terme d'identité sexuelle, mais plutôt en terme de réussite professionnelle, d'épanouissement familial et personnel. Mais nous allons voir que ce n'est pas le cas de tout le monde, en particulier les personnes demandant à changer de sexe : les transsexuel-les.

Une insatisfaction par rapport à son sexe, qu'il s'agisse de sa nature proprement biologique ou de son expression à travers le rôle sexuel ou plutôt le désir incessant de vivre avec le corps et dans le rôle de l'autre sexe, demeure un phénomène qui a toujours existé peu importe le type de culture.

« *On ne naît pas femme, on le devient...* » comme l'a écrit S. De Beauvoir (Le deuxième sexe). Nous naissons avec un sexe mais il s'agit d'un sexe chromosomique. Toute l'histoire de l'enfant va consister à devenir fille ou garçon, femme ou homme, c'est à dire affirmer son identité sexuelle, à partir de quelque chose qui est de l'ordre de l'anatomie, mais qui se construit aussi sur un plan psychique, cognitif, relationnel et sociologique.

Bien que le transsexualisme reste aujourd'hui encore une énigme, nous pouvons dire qu'une personne transsexuelle vit une dysharmonie entre son enveloppe charnelle et son identité psycho-sociale, de ce fait celle-ci désire avoir recours à ce que nous appelons une réassignation hormono-chirurgicale. La possibilité technique de répondre à la demande de changement de sexe a ouvert un débat quant à la légitimité et à l'utilité de la réalisation de

cette demande. Bien que les idées concernant cette transformation chirurgicale soient partagées, malgré le débat diagnostique, psychologique, médical, moral et éthique, la transformation anatomique est devenue une pratique licite considérée comme « une solution thérapeutique ».

Cette étude vise essentiellement à observer la qualité de vie intra-personnelle, socioprofessionnelle et affective de sujets transsexuels après les interventions de réassignation hormono-chirurgicale. Le désir d'approfondir les connaissances dans ce domaine justifie l'intérêt pour l'étude des conséquences d'une telle intervention et d'en évaluer la pertinence. Pouvons-nous parler de « renaissance » ou d'« illusion » concernant le devenir des personnes transsexuelles suite à cette réassignation?

Dans un premier mouvement, nous aborderons les aspects théoriques de notre recherche en montrant comment le transsexualisme peut être considéré comme appartenant au champ des troubles de l'identité de genre. Puis après avoir défini le transsexualisme, afin de cerner la naissance de ce phénomène moderne, de disposer des fondements épistémologiques nécessaires, et résumer les différents aspects psychopathologiques et cliniques ainsi que les diverses approches, nous ferons un point sur les différentes recherches effectuées sur le devenir des personnes transsexuelles.

Dans un deuxième temps, nous exposerons la partie méthodologique suivant notre problématique et ses hypothèses attenantes, nous présenterons nos outils d'élection, notre sélection d'échantillons. Enfin nous présenterons les résultats de l'analyse des différents entretiens et discuterons des limites et intérêts d'une telle recherche.

# PREMIERE PARTIE

## CHAPITRE I : THEORIE

### TRANSSEXUALISME ET IDENTITE DE GENRE

#### I. Le transsexualisme dans l’histoire.

##### A./ A travers le mythe.

Des récits fabuleux de « femelles » dans des corps de « mâles » figurent déjà dans la mythologie gréco-romaine et émaillent les récits des historiens. Difficile notamment de contourner le mythe de **Tyrésias** et de sept ou huit changements de sexe. Dans la mythologie grecque, ce devin occupe une place centrale, et semble préfigurer l’incarnation du transsexualisme<sup>1</sup>.

Difficile également de passer outre le mythe de l’**Androgyne**, tel qu’il est présenté par Ovide dans son récit de Salmacis et Hermaphrodite<sup>2</sup> qui sont enlacés jusqu’à se confondre en un seul être, en un mélange radical et une union paradoxale avec un statut ambivalent. En effet, considéré soit comme un être sexuellement indéterminé, soit comme un être double, l’androgyne (selon son étymologie grecque *aner*, *andros*, homme et *gyné*, *gynaicos*, femme) est donc soit asexué, soit bisexué.

Le mythe, en tant que représentation d’évènements, de personnages déterminant un phénomène de croyance collective en leur valeur exemplaire, est un récit fabuleux d’un événement passé, présenté comme à l’origine d’une conduite humaine.

---

<sup>1</sup> GUILLEMOT.A (1993). Le transsexualisme :mal ancien ou invention moderne. *Synapse* n°92- p.58-65.

<sup>2</sup> *Les métamorphoses*. livre IV. p.277-388.

## **B./ A travers l'histoire.**

Probablement dès l'antiquité existaient des troubles s'apparentant au transsexualisme, mais ils ne pénétraient pas dans le champ médical, relevant, en tant que comportements déviants sexuellement, de la compétence des juristes et des hommes d'église.

D'abord, on a pu considérer la maladie des Scythes, dans l'antiquité, comme une forme de transsexualisme. Dans *Les airs, les eaux et les lieux*, Hippocrate voyage et découvre la mystérieuse maladie propre à ce peuple<sup>3</sup>. Cette pathologie, d'origine divine d'après les Scythes, se caractérise par une féminisation du corps masculin (barbe tombante, flétrissements des traits, extinction du désir, affaiblissement de la voix) qui conduit progressivement les hommes atteints à adopter le costume féminin en s'assimilant aux femmes. Ce qui apparaît comme un changement de sexe est en fait causé par une origine organique, ces personnes n'ont pas la conviction d'être de l'autre sexe. La maladie des Scythes ne constitue pas un transsexualisme primaire mais une transsexualisation secondaire suite à une affection organique.

Au terme de ce rapide balayage antique et mythologique, même si la possibilité d'un changement de sexe est évoquée dans la mythologie et l'histoire, il semble qu'elle ne prenne corps et forme objective, que dans la modernité, concédée par les techniques médicales et leurs développements. *« Il y a toujours eu des hommes et des femmes vivant en tant que membre de l'autre sexe ; c'est seulement à notre époque que la transformation du corps est apparue. »*<sup>4</sup>

## **II. Champ : Psychologie de l'Identité de genre**

*« ...Tous les individus, par suite de leur constitution bisexuelle et de leur hérédité croisée, possédant à la fois des traits masculins et des traits féminins, si bien que le contenu des constructions théoriques de la masculinité pure et de la féminité pure reste incertain... »*<sup>5</sup>

Qu'est ce qui fait la différence entre une femme et un homme du point de vue psychologique? Nous naissons mâles ou femelle (sexe biologique) mais ni masculin, ni

---

<sup>3</sup> BAUD J.P (1999)- Quelque chose d'Hippocrate à l'origine du droit de l'environnement in *Genèse du droit de l'environnement* Paris : L'Harmattan.

<sup>4</sup> CHILAND (2002) Le transsexualisme : les théories et les personnes. *Neuropsychy news vol, 5* p.206.

<sup>5</sup> FREUD.S (1925) *La vie sexuelle* Paris, PUF p.132

féminin, et encore moins homme ou femme.

Au départ, tout enfant (vers l'âge de deux ans) doit arriver à s'identifier sexuellement et par la suite, tout être humain doit se situer intérieurement dans ce vaste système de croyances, d'attitudes, d'opinions, de sentiments et d'émotions que constitue **l'identité de genre**, c'est à dire l'acceptation profonde d'être et d'appartenir à l'un ou l'autre des deux sexes.

Celle-ci se base sur ce ressenti et pas uniquement sur des critères physiques. L'identité de genre a été définie par Robert **STOLLER** dans les années 1960 dans « *Recherche sur l'identité sexuelle* » où il distingue le sexe/ « *sex* » se référant à la sexualité et le genre/ « *gender* » relatif au statut social en fonction du sexe. Pour STOLLER, c'est à travers la conscience de soi et de son comportement que le sujet manifeste son identité de genre. L'auteur considère qu'est signe de masculinité ou de féminité « toute qualité ressentie comme masculine ou féminine par son possesseur »<sup>6</sup>. Il souligne également que l'identité de genre est essentiellement apprise ( attitudes parentales) mais il existe des forces biologiques qui y participent et qui peuvent entraver ou accroître le développement de genre.

L'identité de genre est donc construite d'un coté, sur un socle biologique et d'un autre, sur le socle de la culture qui détermine le genre. L'identité de genre est aussi un produit social et est également une partie intégrale du soi de chacun. Le terme de genre en français ne convient pas car il est difficile à manier, certains préfèrent parler **d'identité sexuelle**.

La **féminité** et/ou la **masculinité**, est présente de façon variable et plus ou moins importante chez une personne, fluctue au cours de la vie. En général, une femme est plus féminine que masculine et l'homme est plus masculin que féminin. Mais on peut être une femme masculine ou un homme féminin, sans pour autant douter d'être une femme ou un homme. Le féminin et le masculin cohabitent, (avec prédominance de l'un ou de l'autre), plus ou moins en chacun de nous, nous parlons de **bisexualité psychique**. Le masculin et le féminin varient au cours des époques et des types de sociétés.

Le genre est une élaboration psychique à partir d'un réel anatomique, quelque chose qui se travaille, par une prise en compte progressive du corps, de ses possibilités et de ses limites.

Ce qui semble toutefois si naturel et si spontané pour l'ensemble des humains, c'est à

---

<sup>6</sup> STOLLER R.J.(1968) *Recherche sur l'identité sexuelle* Edition Gallimard 1978. *Masculin ou Féminin* p.30

dire s'identifier sexuellement devient pour plusieurs personnes un lieu de conflits et de souffrances, de luttes et de rejets. Ces personnes souffrent d'un conflit d'identité de genre et lorsque celui-ci se manifeste dans l'ambivalence du rôle sexuel, dans le rejet de son corps ou du désir du corps de l'autre de l'autre sexe, le diagnostic, très englobant du transsexualisme est donc posé.

### III. Problématique : Transsexualisme ou transsexualité.

Certaines personnes ou auteurs préfèrent parler de *transsexualisme*, couramment utilisé, d'autres parlent plutôt en terme de *transsexualité* en soutenant qu'il ne s'agit pas d'un syndrome mais d'un état, une condition. Alors que *isme* implique un état ou une condition<sup>7</sup>. Il est vrai que dans *transsexualité* il y a *sexualité*, cette connotation peut déranger puisqu'elle ne correspond pas à une forme de sexualité.

#### A./ Naissance d'une entité pathologique :

Véhiculé par le contexte médical, le transsexualisme a émergé d'un parcours et de réflexions médico-psychologiques propices à son éclosion progressive, en tant qu'entité singularisée. Elle voit sa situation et sa classification varier, au gré des découpages nosographiques successifs, voire des modes diagnostiques dominants selon les époques, et inévitablement de l'évolution des idées. Son appartenance même à la pathologie a été remise en question avec plus ou moins de succès au terme d'un processus chronologique.

Pendant très longtemps la question transsexuelle était classée dans la « catégorie » de l'homosexualité, on parlait *d'inversion du sujet*. On pensait que c'était une forme extrême de l'homosexualité. En 1869, **KRAFFT-EBING** avec « *Psychopathia Sexualis* » classe sûrement les transsexuels dans une catégorie très floue des homosexuels.<sup>8</sup>

Au XIX<sup>e</sup> siècle, Magnus **HIRSCHFELD**, en Allemagne, publie le premier livre où il est fait usage du mot « transsexuel », enchâssé dans l'expression « *transsexuel psychique* », dans « *Die Travestiten* ». Comme le souligne ce titre, il ne s'agit pas d'isoler le transsexualisme de l'ensemble des perversions, mais de discerner des formes variées d'homosexualité et d'établir que le transvestisme n'est pas une pratique spécifiquement

---

<sup>7</sup> STOLLER R.J. (1989) *Masculin ou Féminin* PUF p. 43

<sup>8</sup> BARDIN et al (2001) Le psychiatre peut-il dire transsexuel, *Francopsy n°4*.<http://www.francopsy.com>

homosexuelle, en vue de détruire l'homogénéité apparente de la catégorie des « actes contre nature » fortement réprimés par le code impérial de 1870 en Allemagne. Magnus Hirschfeld, a été le premier médecin à autoriser et comprendre la nécessité des interventions chirurgicales. La première intervention a eu lieu en 1921 par le chirurgien Félix Abraham, assistant de Hirschfeld.

### **B./ Apparition du terme.**

En 1949, le terme « transsexualisme » apparaît pour la première fois dans un article de **Do CAULDWELL** (médecin et sexologue allemand ) intitulé « Psychopathia transsexualis ». Ce terme désigne « *les individus qui appartiennent physiquement à un sexe, et, apparemment, psychologiquement à l'autre, et qui désirent modifier chirurgicalement leurs caractéristiques physiques pour ressembler à celles de l'autre sexe* ». <sup>9</sup>

**Harry BENJAMIN** était médecin endocrinologue, il a continué les travaux entrepris par Hirschfeld sur la question transsexuelle après la deuxième guerre mondiale. Il isole ainsi véritablement le transsexualisme comme entité autonome, distincte de la psychose, de l'homosexualité et de la perversion sexuelle (où il était encore classé jusqu'en 1949), en le désignant comme le **sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle**. Benjamin explique que les transsexuels ne tirent aucune satisfaction érotique de leur travestissement, et ne sont pas des homosexuels travestis.

En 1966, il écrit « *Transsexual phenomén* » qui fût le premier livre grand public. Il a réussi à faire ce que Hirschfeld n'a pas pu finir, c'est à dire de donner une définition du transsexualisme en la séparant de celle de l'homosexualité : « **La croyance chez un sujet biologiquement normal, d'appartenir à l'autre sexe, avec un désir intense et obsédant de changer sa conformation anatomique sexuelle selon l'image que le sujet s'est faite de lui-même avec une demande d'intervention chirurgicale et endocrinienne.** » <sup>10</sup>

En 1956, **ALBY**, psychiatre français se situe dans une problématique essentiellement psychanalytique et introduit le terme de transsexualisme dans la nosographie psychiatrique.

---

<sup>9</sup> Cité par MERCADER.P (1994) *L'illusion transsexuelle* - l'Harmattan Paris.p.12

<sup>10</sup> BOURGEOIS M.L.(1998). L'identité du transsexuel- les vicissitudes de l'établissement de l'identité sexuée - *confrontations psychiatriques* 39, 141-152.

Alby considère les transsexuels comme des psychotiques, tout en reconnaissant cependant la difficulté à intégrer « *cette organisation psychique particulière* »<sup>11</sup> dans un cadre nosographique plus précis.

**STOLLER.R** fournit un rapport de conceptualisation psychodynamique du trouble, et avec lui le transsexualisme pénètre le domaine de la psychanalyse, dont il bat en brèche les remparts théoriques et cliniques. Il commence à publier en 1964 des travaux sur l'identité de genre, et fera autorité en 1968 pour ses idées novatrices en matière de transsexualité. Son ouvrage Sex and Gender, traduit en 1978 en « Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme », offre une redéfinition de la sexualité à partir de la clinique des dysphories de genre, dont il fait l'expérience dans le cadre de sa Gender Identity Research Clinic. Stoller définit le transsexualisme **comme la conviction d'un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe. Chez l'adulte, cette croyance s'accompagne de nos jours, d'une demande chirurgicale et endocrinienne**, afin de rendre son corps conforme à son psychisme.

Stoller décrira enfin un **transsexualisme primaire**, qualifié par certains auteurs de « vrai », (enraciné dans la petite enfance avant deux-trois ans) et **un transsexualisme secondaire**, qualifié lui de « faux », plus tardif, souvent déclaré à l'âge adulte, après une longue phase de latence pendant laquelle le sujet a souvent construit une vie familiale et sociale « classique ». Certains médecins tiennent à la distinction entre transsexualisme primaire et secondaire. C'est pour eux un critère diagnostique pour envisager ou non la réassignation hormono-chirurgicale, et ils font valoir cette distinction auprès des juristes.

Peu à peu, s'élève, à la suite de ces travaux, une revendication libertaire d'une dépathologisation radicale du transsexualisme avec l'idée sous-jacente que l'identité sexuelle est un préjugé qui limite la liberté individuelle. Symétriquement, le transsexualisme est de plus en plus décrit comme une réalité neuroendocrinologique, l'air du temps étant aux explications scientifiques organiques.

---

<sup>11</sup> ALBY cité par GALLARDA T. et al (1997)- Le syndrome du transsexualisme : aspects cliniques et thérapeutiques *L'encéphale* n°XXIII, 5. 321-326.

## C./ L'inégalité des sexes.

En fonction du sexe, on appelle les « transsexuels masculins » ceux qui sollicitent un réassignement féminin, d'autres sont partisans de les nommer « transsexuelles » en tenant compte de leur sexe de destination. Pour éviter davantage de confusions, lorsque nous parlons d'une personne transsexuelle, née de sexe masculin et demandant une réassignation de sexe féminin, nous utilisons le terme de transsexuelle **MTF** qui signifie Male To Female.

De même, lorsque nous parlons d'une personne née de sexe féminin et demandant une réassignation de sexe masculin, nous utilisons le terme de transsexuel **FTM** qui signifie Female To Male.

Il y aurait environ **6000** transsexuel-les en France, toutes générations confondues ; ils seraient environ au moins 50 de plus chaque année. Mais ceci ne prend pas en considération les demandes de transsexuels qui ne s'adressent pas au protocole français et effectuent des changements de sexe hors circuit, et qui ne sollicitent pas de prise en charge. Selon les statistiques de **COHEN-KETTENIS** et al, (1999) il y aurait une prévalence de 1 pour 30 000 MTF et de 1 pour 100 000 FTM. L'explication la plus courante consiste à remarquer le caractère peu satisfaisant des transformations chirurgicales ( difficultés d'effectuer une phalloplastie fonctionnelle) proposées aux transsexuels FTM.

Néanmoins il semble qu'à l'heure actuelle, le nombre de femmes demandant une réassignation hormono-chirurgicale augmente, environ 3 MTF pour une FTM, selon **GALLARDA**<sup>12</sup> ( par exemple en Suède en 1979, il y avait 1 homme pour 1 femme)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> GALLARDA T. et al ( 1997) *ibid.*

<sup>13</sup> BOURGEOIS ML. et al (1990). Dysphories de genre et transsexualisme. Aspects psychiatriques. *Annales Médico Psychologiques*, 148 p.775-781.

## IV. Une définition délicate : théorie psychiatrique et psychanalytique.

« Il est difficile de donner une définition neutre et objective du transsexualisme. Toute définition implique automatiquement une position théorique particulière »<sup>14</sup>. Malgré les méandres classificatoires, nous tenterons de dégager les repères essentiels sur lesquels appuyer notre abord méthodologique. A travers ce questionnement, nous avons cherché à cerner davantage la problématique du transsexualisme, en escaladant la montagne des difficultés conceptuelles et théoriques que ce thème implique.

D'après le **dictionnaire médical** de L. et A. MANUILA et M. NICOULIN<sup>15</sup>, le transsexualisme signifie *une constitution psychologique particulière, souvent confondue avec le travestissement et l'homosexualité, caractérisée par le sentiment éprouvé par un sujet d'appartenir au sexe opposé au sien et le désir intense, souvent obsédant, de changer de sexe. Le traitement psychiatrique restant généralement inefficace, la chirurgie peut donner des résultats satisfaisants par des opérations visant à modifier, dans la mesure du possible, les organes sexuels et la morphologie du sujet, qui peut ainsi mener une vie plus conforme à sa constitution psychologique.*

Selon le **CIM X**(classification des troubles mentaux et des troubles du comportement-1993) : «Le *transsexualisme* est un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou d'un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré. Pour faire un tel diagnostic, l'identité de type transsexuelle doit avoir été persistante pendant au moins deux ans, ne pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie, et ne pas être associée à une autre anomalie sexuelle génétique ou chromosomique.»

---

<sup>14</sup> SECCHI.B (1998)- Le transsexualisme :aspects psychanalytiques. *Pratiques Psychologiques* 4, 79-90.

Selon le **DSM-IV** ( critères diagnostiques- *American Psychiatric Association- 1994*), quatre critères diagnostiques principaux du trouble de l'identité sexuelle existent:

- 1/ identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe) ;
- 2/ sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle (gender role) correspondante ;
- 3/ l'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite ;
- 4/ l'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Selon R. **STOLLER**,<sup>16</sup> l'origine du trouble serait précoce, c'est à dire au moment où se constitue le noyau d'identité de genre, donc essentiellement dans les interactions mère-enfant. L'assignation du sexe à la naissance inaugure le processus de création d'identité de genre : l'enfant est nommé, habillé, manipulé et ce dans un contexte « normal », renforcé par son sentiment d'appartenir à un sexe bien défini. L'extrême féminité de certains hommes découlerait d'une dynamique familiale qui serait due à trop de satisfaction pour l'enfant. L'hypothèse de STOLLER : « trop de mère et trop peu de père donne lieu à la féminité chez le garçon ». Il y aurait donc une symbiose mère-bébé excessivement étroite et satisfaisante, non perturbée par la présence du père. L'enfant se servira donc de sa mère comme modèle.

En revanche, concernant la fille, la symbiose mère /enfant n'existerait pas du fait d'une grave maladie ou d'un état dépressif grave de la mère. Le père se comporterait en mari peu attentif par rapport à sa femme en ignorant la féminité de sa fille. Cette absence d'interaction pourtant nécessaire, va sortir l'enfant de la fusion qui ne s'identifiera donc pas à sa mère. Par conséquent, il construira davantage sa personnalité sur le modèle du père.

Les associations militantes revendiquent leur éloignement de toute pathologie mentale de type psychiatrique, sur les traces de Benjamin et Stoller. Selon A.HOTIMSKY (fondateur du CARITIG<sup>17</sup>) « *la personne transsexuelle sait quelle est son identité de genre et celle-ci a*

---

<sup>15</sup> Dictionnaire médical de A. MANUILA et M. NICOULIN- Paris, édition MASSON –1994.

<sup>16</sup> STOLLER R.J. (1989) « *Masculin féminin* » p.106.

<sup>17</sup> Centre d'aide de Recherche d'Information sur la Transsexualité et l'Identité de Genre.

*toujours fait partie d'elle-même, il y a simplement une morpho-dichotomie entre le corps et l'esprit. »*

Mais pour nombre de psychanalystes, notamment lacaniens, l'affection transsexuelle se situe dans le cadre de la psychose, bien souvent sous l'égide du délire transsexuel du Président Schreber<sup>18</sup>. Pour LACAN, l'erreur du transsexuel est de prendre l'organe pour le signifiant, soit de confondre le pénis réel avec le phallus symbolique.

J.M. ALBY, LACAN, LEBOVICI, et DIAKTINE rédigent en 1956 une thèse : « Contribution à l'étude du transsexualisme ». Ce texte précurseur, se situant dans une problématique psychanalytique n'est pas favorable au changement de sexe comme traitement du « syndrome » transsexuel. Cette pratique fait partie de tout un mouvement qui consiste à envisager la castration comme thérapie du pervers sexuel. Ils mettent en évidence ce qu'ils appellent : « *la recherche d'un idéal de perfection des Male to Female* » qui selon eux, ont une représentation idéalisée de la femme qu'ils veulent être et ce notamment, du point de vue esthétique. D'autre part, ils envisagent la demande de castration sous deux angles: la recherche de gratification comparable à l'espoir du névrosé et une forme de processus masochiste.

Or, selon FAUTRAT P<sup>19</sup>, si le sujet transsexuel demande que soit changé son sexe par voie chirurgicale, il sait en même temps que son rêve est irréalisable, qu'il n'appartiendra jamais vraiment à l'autre sexe. Ce qui fait le drame du sujet est donc au moins signe qu'est préservé son rapport à la réalité, contrairement à la psychose.

#### **A./Tenants des diagnostics d'état limite et de trouble du narcissisme.**

C.CHILAND<sup>20</sup> a écrit que c'était une « *maladie du narcissisme, le patient ne construit son self, son soi, le sentiment d'exister, qu'au prix d'une identité de sexe contraire. Si autrui n'entre pas dans son système de croyance, il fait peser une menace sur son être* ». Le transsexualisme serait une maladie grave du narcissisme. En général, nous pouvons décrire un

---

<sup>18</sup> NAVELET C. GASTAMBIDE A. (1999) Réflexion sur la captation des transsexuels par l'image. *Evolution psychiatrique* n°64 p.309-322.

<sup>19</sup> FAUTRAT P (2001) *De quoi souffrent les transsexuels ?* Paris, E.A.C p.83

<sup>20</sup> CHILAND.C (1997).*Changer de sexe* Paris : Odile Jacob p.175.

« bon narcissisme » en terme d'une bonne constitution d'une bonne image de soi unifiée, achevée accomplie et entière. Or il apparaît que le narcissisme de la personne transsexuelle soit défaillant.

C.Chiland a rajouté que par rapport à la « symbiose bien heureuse » de Stoller, la meilleure manière de se libérer de sa mère est peut-être d'être une femme, et d'être aussi puissante qu'elle.

**A. OPPENHEIMER**<sup>21</sup> pense que la réponse transsexuelle est une défense contre la blessure narcissique de ne pas se sentir reconnu comme homme. Le petit garçon futur transsexuel se vit comme un garçon raté, rejeté en particulier par son père parce qu'il n'est pas assez viril.

Pour Oppenheimer<sup>22</sup>, le transsexualisme comporte des éléments psychotiques, dysmorphobiques, pervers et mélancoliques. Elle considère qu'il s'agit d'un trouble narcissique, défiant la nosographie, situé à l'extrême de la dysphorie de genre, le transsexualisme interpelle l'autre qui est sommé de confirmer l'inversion de l'identité sexuelle.

**Lothstein**<sup>23</sup> et **Sesé-Léger**<sup>24</sup> optent également pour ce diagnostic de trouble du narcissisme. La première souligne l'importance des problèmes de séparation et la seconde la prédominance de la composante narcissique dans leur personnalité.

Fréquemment, les personnes avec un trouble de l'identité de genre se plaignent qu'elles sont nées avec le mauvais sexe. Elles décrivent leurs organes sexuels comme « laid » et s'abstiennent de toucher leurs organes génitaux. De plus, certaines personnes essaient de cacher leurs caractéristiques sexuelles secondaires. Il ne s'agit pas d'un malaise, d'un inconfort, il s'agit d'un refus total du sexe d'assignation, leur sexe anatomique est totalement inacceptable, leur fait horreur. Le transsexuel a besoin de maintenir sa conviction et de convaincre l'autre ; l'autre joue un rôle capital dans la reconnaissance de notre sexe.

---

<sup>21</sup> OPPENHEIMER A.(1992). Le désir d'un changement de sexe un défi pour la psychanalyse. in *Psychanalyse à l'université*.17.

<sup>22</sup> OPPENHEIMER A. ( 1997) cité par FAUTRAT P. (2001) *De quoi souffrent les transsexuels ?* Paris, E.A.C p.79.

<sup>23</sup> LOTHSTEIN ( 1997) Psychothérapie et Transsexualisme *Perspectives Psy vol 36 n°4* p. 263-278.

<sup>24</sup> SESE-LEGER S. (1997) Du désir de changement de sexe à la métamorphose subjective *Perspectives Psy vol 36 n°4* p.284-289.

D'après J. BRETON<sup>25</sup>, le transsexualisme n'est pas une perversion sexuelle mais un trouble de l'identité : le comportement du transsexuel ne vise pas à l'obtention d'une satisfaction érotique mais à l'obtention d'un statut personnel et social. Le transsexuel masculin se sent femme et veut être considéré comme telle et vice et versa. Son attitude n'est pas caractérisée par une psychose, cependant il est nécessaire de recourir à un diagnostic compétent excluant toute dérive.

### **B./ Diagnostic différentiel.**

J. BRETON insiste sur la qualité du diagnostic et la capacité d'éliminer tous les autres cas de dysphorie du genre quant à la décision de réassignation : « *Le transsexualisme n'est ni un caprice ni une façon d'être autrement, mais bien un état pathologique, une affection psychiatrique, et que dans certains cas, les traitements de changement de sexe sont ceux qui donnent les moins mauvais résultats dans l'adaptabilité sociale du transsexuel* »<sup>26</sup>.

Le diagnostic différentiel se révèle indispensable, car cette entité n'est pas :

\* du travestissement : certes, la personne transsexuelle se travestit, mais pas pour obtenir une satisfaction érotique. Le travestissement lui procure un sentiment de bien-être.

« *Dans le travestisme, l'homme ne remet pas en question son identité de genre, le fait qu'il soit un mâle et qu'il veut le rester* »<sup>27</sup>

\* De l'intersexualité : qui est le cas d'ambiguïté sexuelle, suite à la malformation des organes sexuels. Le sujet présente des caractères sexuels intermédiaires entre mâle et femelle. Le point commun avec la transsexualité réside néanmoins dans cette discordance possible entre le sexe biologique et psychologique.

\* De l'homosexualité : contrairement au sujet transsexuel, l'homosexuel ne conteste pas la légitimité de son sexe biologique et ne souhaite pas s'en départir. Il s'identifie totalement comme membre de son propre sexe, il ne doute pas de son identité de genre, mais il réalise une inversion du choix de l'objet sexuel.

---

<sup>25</sup> BRETON J.(1985). *Le Transsexualisme étude nosographique et médico-légale* . Edition MASSON.

<sup>26</sup> BRETON J. (1985) *ibid.* p.181.

<sup>27</sup> STOLLER R J. (1978) *ibid.* p.62.

La principale différence entre ces pratiques est que le transsexualisme réside comme l'indique Stoller, dans le rapport du sujet à son pénis, l'homme fétichiste, homosexuel ou travesti jouit d'un organe qui fait horreur au transsexuel.

## V. Traitement : approche thérapeutique.

« *reste à choisir entre cure de l'âme et cure du corps* »<sup>29</sup>

### A./ Traitement psychothérapique :

Comment un psychologue peut-il aider des patients qui n'ont d'espoir que dans la modification réelle de leur anatomie ?

La pertinence de la psychothérapie dans le cas du transsexualisme est soulignée par tous les auteurs. Certains souhaitent qu'elle constitue un accompagnement de la personne transsexuelle dans son chemin de réassignation. D'autres espèrent au contraire que ce travail psychothérapique permette à celle-ci de renoncer à ce processus de modification corporelle.<sup>30</sup>

H. Benjamin, en 1953, fut un des premiers médecins à dire que la Psychanalyse ne pouvait rien pour les transsexuels, car pour lui, ils n'étaient pas mentalement dérangés. Le seul traitement possible était l'administration d'hormones et la chirurgie.

La psychanalyse se trouve démunie avec sa volonté de comprendre. Alors que pour Chiland, la psychothérapie est « *sans contestation possible* » le traitement de choix dans ce genre de troubles.

La psychothérapie des personnes transsexuelles est difficile souligne Chiland. Elle est difficile car le transsexualisme est une atteinte grave de l'organisation première du narcissisme. Elle est difficile de part le fonctionnement de ces personnes qui veulent que « *tout se joue sur la scène corporelle et rien sur la scène psychique* »<sup>31</sup>.

Lothstein<sup>32</sup> évoque les mêmes résistances chez ses patients. Pour elle, beaucoup ont peur « *d'être étiquetés et malmenés par un thérapeute agissant son angoisse contre-transférentielle* ».

---

<sup>29</sup> CHILAND.C (1989) Transsexualisme et problématique narcissique à l'adolescence. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 7 p.188

<sup>30</sup> FAUTRAT (2001) *ibid.* p.100.

<sup>31</sup> CHILAND ( 1997) *Changer de sexe*. P.221.

Quelques résultats positifs de thérapies d'adultes sont rapportés dans la littérature mais ils prètent tous plus ou moins à caution. Les traitements psychiatriques sont inefficaces.

Des patients sont restés fermes dans leur détermination de prendre des hormones et se faire opérer, mais ont tiré des bénéfices de la psychothérapie, en particulier pour améliorer leur capacité de communiquer et de nouer des relations, d'autres ont trouvé un soutien pour affronter certaines difficultés que comporte la conversion, souligne Chiland, de part son expérience.

Passons rapidement sur les techniques aversives, employées aux Etats-Unis dans les années 60, baptisées « *thérapies comportementales* » et consistant à l'administration de chocs électriques ou d'émétiques (vomitifs) afin de dissuader le patient de se travestir. Les résultats n'ont été bons qu'à court terme, rapporte Chiland.<sup>33</sup>

Faute de trouver des traitements psychothérapeutiques efficaces, les spécialistes tentent d'accorder au mieux le corps anatomiquement sexué au vécu psychique par recours à l'hormonothérapie et la chirurgie.

### **B./ traitement hormono-chirurgical :**

« *Il n'est pas de stratégie thérapeutique disponible permettant de lever le trouble de l'identité sexuelle* ». <sup>34</sup> Pourtant, le patient transsexuel, après de nombreuses années de souffrance et de désarroi, vient solliciter l'aide des chirurgiens, endocrinologues, psychiatres. Seule une procédure de réassignation hormono-chirurgicale est susceptible d'améliorer l'état psychique et l'intégration socioprofessionnelle. La réalisation de cette conversion, malgré le débat diagnostique, psychologique, médical, moral et éthique, est devenue une pratique licite et légitime. Cette intervention ou transformation hormono-chirurgicale **THC** ou réassignation hormono-chirurgicale ou encore *sex surgery reassignment* **SRS** est considérée comme une solution thérapeutique. Celle-ci vise à un réalignement psychosomatique et psychosocial de la personne atteinte de troubles de l'identité de genre par une approche psychiatrique et/ou psychothérapeutique et médico-chirurgicale.

---

<sup>32</sup> LOTHSTEIN (1997) Psychothérapie et transsexualisme. *Perspectives Psy* 36, 263-278.

<sup>33</sup> CHILAND (1997) Les impasses du traitement du transsexualisme. *Perspectives Psy* 36, p.224.

<sup>33</sup> GALLARDA T.(1997) Op cit. p.325.

La première intervention en France a lieu en 1979, le chirurgien Banzet commence à opérer les transsexuels à l'hôpital Saint Louis de Paris avec Luton (endocrinologue) et Breton (psychiatre). J.Breton, dans son traité de 1985 écrit :

*« on constate des troubles mentaux (dépression, anxiété, voire attitude sensitive) qui apparaissent secondaires ou réactionnels aux difficultés affectives, sociales ou professionnelles inhérentes au transsexualisme : l'intervention paraît particulièrement indiquée »<sup>35</sup>.*

**\*La prise en charge :**

Les consultations psychiatriques doivent être régulières (mensuelles ou bimensuelles), sur une période d'au moins deux ans. Elles sont généralement associées à une prise en charge psychothérapeutique plus structurée, de type analytique le plus souvent.

Un bilan médical et endocrinien complet est indispensable avant d'instaurer tout traitement hormonal. Il faut ensuite une période appelée *Real life test*, période indispensable de deux ans minimum où le sujet vit en tant que sujet de l'autre sexe et fait l'essai des hormones.

Les équipes officielles tiennent compte de la constance dans la demande, de la détresse du patient et de la situation d'ensemble de la personne qui est parfois dans une impasse telle qu'elles ne voient rien d'autre pour lui éviter de sombrer dans une dégradation totale, sous réserve toutefois que celle-ci se montre capable de faire face aux difficultés de la situation. En effet cela ne va pas de soi de se montrer en femme quand on vous a connu en homme, ni d'éviter la réaction de l'entourage, de changer de travail, de lieu de résidence, de relations. Il faut aussi affronter les réactions de la famille, certains parents peuvent pousser à la chirurgie et d'autres peuvent être au contraire rejetants et ne plus vouloir fréquenter leur enfant.

La SRS n'est pas applicable à un patient marié (il faut obligatoirement avoir divorcé de son conjoint) ou parent d'un ou plusieurs enfants mineurs. En temps normal la transition est de l'ordre de 2 ou 3 ans mais il peut arriver qu'il faille jusqu'à 7, 8 ans.

---

<sup>35</sup> BRETON J. (1985) op. cit. p. 137.

	<b>MTF</b>	<b>FTM</b>
<b>Suivi psychiatrique</b>	Variable Souvent minimum 2ans	Variable Souvent minimum 2ans
<b>Traitement hormonal</b>	Androcure (uniquement avant l'opération) + oestrogènes (épilation)	Testostérone
<b>Interventions chirurgicales</b>	Vaginoplastie Augmentation mammaire et chirurgie esthétique si nécessaire	Mastectomie Hystérectomie Phalloplastie (pas obligatoire)
<b>Changement d'état civil</b>	Avocat, expertise, décision et rapidité variable selon les tribunaux	Avocat, expertise, décision et rapidité variable selon les tribunaux

La cour de Cassation a reconnue en 1992, le droit de changer de sexe pour cause de transsexualisme après avoir été condamnée par la Cour de Cassation. Le 11 Décembre 1992 la Cour de cassation a déposé un arrêt reconnaissant le droit pour les personnes transsexuelles de changer d'état civil après reconnaissance par les experts judiciaires et seulement la rectification chirurgicale effectuée.

Au terme de ce premier chapitre, nous avons pu voir que les positions restent très diverses chez les professionnels de la psychiatrie, pour certains la conviction transsexuelle et le désir de changer de sexe sont des équivalents délirants. Pour d'autres, il s'agit d'une situation très particulière, mais non pathologique. Il est actuellement impossible d'expliquer pourquoi une personne a la conviction d'appartenir au sexe opposé. Toutefois, il est indispensable pour une meilleure compréhension et acceptation du transsexualisme de savoir qu'il existe des facteurs environnementaux, psychiques, génétiques et culturels. Les deux approches, psychothérapique et médico-chirurgicale, sont importantes à considérer afin d'aider ces personnes qui souffrent. On ne doit pas penser la psychothérapie en opposition à la chirurgie.

✂ Ce qui justifie la SRS et le changement d'état civil repose sur le soulagement de la souffrance et de l'inadaptation psychosociale et sur la satisfaction éprouvée dans la nouvelle identité.

## CHAPITRE II : QUE DEVIENNENT-ILS?

*« Un traitement étrange qui consiste à effectuer une mutilation, à transformer un organisme sain en un organisme malade nécessitant un traitement hormonal permanent de substitution, un corps normalement sexué en un corps intersexué, ne se justifie médicalement que si le sujet est amélioré dans sa santé psychique faute d'être amélioré dans sa santé physique, et qu'on n'ait pas trouvé de meilleur moyen d'y parvenir. »<sup>36</sup>*

Lorsque le traitement médico-chirurgical est appliqué et le changement d'état civil réalisé, quelle évolution attendre ?

Depuis le début des années 1950, des opérations de réassignation sexuelle chirurgicale sont fréquemment pratiquées. Evaluer les conséquences d'une telle transformation suppose de s'intéresser au suivi post-opératoire et au devenir des personnes transsexuelles. Ce travail de recherche tentera de dégager les conséquences réelles d'une telle intervention et d'en évaluer objectivement la pertinence. Nous aborderons le devenir psychologiques, sexuel, social et professionnel de la personne transsexuelle opérée. A travers la littérature, les recherches de suivi tendent à prouver que la transformation chirurgicale satisfait le demandeur de changement de sexe plus qu'il ne le perturbe. Dans la plus grande majorité des cas, les transsexuels se disent très satisfaits de leur intervention et, s'ils rencontrent certaines difficultés, celles-ci sont le plus souvent passagères et disparaissent dans l'année qui suit la réassignation, selon A MICHEL<sup>37</sup>.

La possibilité technique de répondre à la demande de changement de sexe a ouvert un débat quant à la légitimité et à l'utilité de la réalisation de cette demande. Des arguments diagnostiques, psychologiques et médicaux, moraux et éthiques ont été avancés pour et contre, mais quoi qu'il en soit, la transformation anatomique par voie chirurgicale est devenue une pratique courante.

Les études de suivi longitudinal sont rares et difficiles. Comme il est impossible d'obliger les personnes opérées à se soumettre à une évaluation à long terme, un premier obstacle considérable auquel se heurtent les études de suivi est de retrouver les personnes

---

<sup>36</sup> CHILAND C (1997) *Changer de sexe* p.142.

<sup>37</sup> MICHEL A (2001) Le transsexuel: quel devenir ? *Annales Médico Psychologique* 159,p.347-358.

opérées. Souvent elles ont déménagé, changé de profession et ont recommencé une nouvelle vie. Parmi celles qui sont retrouvées, toutes n'acceptent pas d'être réexaminées.<sup>38</sup> Dès lors, ceux qui acceptent de participer aux études de suivi ne constituent pas un échantillon représentatif de la population des transsexuel-les opérés.<sup>39</sup> Pour être valables, les études catamnestiques devraient porter sur la totalité des patients opérés ou sur la quasi-totalité.

La personne transsexuelle se sent, se vit d'une certaine manière, ce qu'elle est dans son corps n'est pas la même chose de ce qu'elle ressent au niveau psychique. La seule manière de continuer à vivre est de changer cette enveloppe corporelle. Aujourd'hui, pour être reconnu comme transsexuel, il faut demander un changement de sexe complet, hormonal et chirurgical. L'intérêt de cette conversion est de vivre en harmonie avec le corps et l'esprit.

## **I. Eléments pronostiques :**

Le changement de sexe étant une transformation importante et irréversible, il apparaît du plus grand intérêt d'identifier, avant l'opération, des indices qui permettraient de prévoir l'évolution favorable ou défavorable après l'opération. La question du pronostic est primordiale, il s'agit de constater empiriquement ce qu'il advient des personnes transsexuelles.

D'après l'étude de MICHEL et MORMONT, l'âge des candidats au moment de la demande de SRS semble avoir une influence sur l'évolution de la personne opérée. Plus un sujet est âgé, moins il a de chance de s'adapter à sa nouvelle identité. « *Une demande tardive, au-delà de 30 ans peut refléter les hésitations à concrétiser le projet de changement de sexe*<sup>40</sup> ». L'absence d'un support social, familial, affectif adéquat tout au long de la SRS est souvent mentionné comme facteur de mauvais pronostic. Le choix préopératoire d'un partenaire de l'autre sexe ( ce qui se traduit par la constitution d'un couple homosexuel après l'opération) peut être un moins bon pronostic. D'où la nécessité d'être prudent mais ces facteurs ne doivent en rien inciter à refuser systématiquement la demande.

Le succès de la SRS dépend de plusieurs facteurs concrets intervenant soit avant la

---

38 STEIN. M, TIEFER.L, MELMAN. A (1990). Follow up observations of operated male-to-female transsexuals. *J Urol* p.98-103.

39 MICHEL A. , MORMONT C. (2002) Le changement des sexe : perspectives pronostiques .*Neuropsychol* vol 1 n°5-p224-229.

40 Ibid.

réassignation soit durant ou après celle-ci. Il faut ajouter que les problèmes qui existent pour se faire opérer en France, à cause d'une certaine rigidité de la loi, amènent quelquefois le transsexuel à se faire opérer à l'étranger, souvent par des charlatans et les résultats peuvent être catastrophiques : suppurations, nécroses, gangrène voire embolie pulmonaire mortelle. Il se peut que certains puissent se suicider après une opération mal pratiquée, même si ces cas ne sont pas les plus fréquents.

## II. Etat de la recherche concernant la post-conversion.

MICHEL.A (2001) dans son étude constate ainsi une diminution notable des troubles émotionnels liés à la dysphorie de genre. Toutefois d'autres difficultés, étrangères à la dysphorie de genre, peuvent apparaître après la transformation chirurgicale et peuvent alors engendrer des affects négatifs<sup>41</sup>. Juste après la réassignation, le transsexuel passe habituellement par une étape dite *d'adolescence*<sup>42</sup> ou d'euphorie au cours de laquelle domine la satisfaction d'avoir atteint son but. Cette euphorie s'estompe progressivement au gré des difficultés qu'engendre le statut sexuel nouvellement acquis.

En comparant diverses populations de transsexuels à différents moments de la prise en charge, MATE-KOLE et al.<sup>43</sup> ont mis en évidence l'influence positive du changement de sexe sur le fonctionnement psychologique de la personne. Ainsi, les transsexuels opérés obtiennent, à toutes les échelles du CCEI (Crown Crisp Experiential Index), des scores significativement plus bas que les personnes en cours de diagnostic ou de *real life test* : ils présentent donc moins de signes de dépression, d'anxiété flottante, d'obsessionnalité, d'anxiété somatique et d'hystérie. L'auteur constate par ailleurs que les sujets en cours de *real life test* souffrent moins de dépression et d'anxiété somatique que leur homologues en cours de diagnostic. MATE-KOLE conclut que les transsexuels opérés présentent une nette diminution des symptômes névrotiques, au contraire des sujets en attente de transformation.

---

<sup>41</sup> GREEN R. , FLEMING D (1990) transsexual surgery follow-up status in these. *Annual review of sex research* 1; p.163-174.

<sup>42</sup> MICHEL A. (2001) Ibid. p. 163-174.

<sup>43</sup>MATE-KOLE C et al (1990) Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *Br J Psychiatry* - n°152. p.550-553.

Dans sa revue de littérature sur les résultats obtenus aux tests psychologiques administrés aux transsexuels, Lothstein<sup>44</sup> constate que les FTM sont plus stables, présentant moins de perturbations psychopathologiques et semblent mieux adaptées à la transformation chirurgicale. Cette meilleure adaptation résulterait, selon KUIPER, du fait que la masculinisation des FTM est moins repérable que la féminisation des MTF (certaines caractéristiques physiques de l'appartenance sexuelle antérieure restent plus repérables chez les MTF que chez les FTM : timbre de la voix, taille, grandeur des mains, des pieds, etc.). Si bien que le transsexuel FTM court moins de risques d'être découvert et sujet à des railleries qu'un « homme ayant des habits féminins ».

La plupart du temps, les résultats de ces études ont été regroupés selon le degré de contentement des sujets face à la réassignation. Ainsi, un résultat satisfaisant reflète un sujet heureux de sa conversion chirurgicale, l'ajustement au nouveau rôle étant adéquat, tandis qu'un résultat insatisfaisant serait rencontré chez un sujet dont l'état psychologique et social aurait empiré suite à la réassignation. Voici un tableau<sup>45</sup> représentant les différents résultats de précédentes recherches.

Auteur	Satisfait		Insatisfait		Regret/suicides	
	FTM	MTF	FTM	MTF	FTM	MTF
Benjamin 1966	93,3%	93,3%	6,7%	6,7%		
Pauly 1981	95%	95%	6%	8,1%	0	2,1%
Lundstom et al. 1984	89,5%	87,5%	9,7%	10,3%	0,8%	1,9%
Green et al. 1990	97%	87%	3%	13%		

<sup>44</sup> LOSTHSTEIN LM (1984) Psychological-testing with transsexuals. *Journal of Personality Assessment* n°48.p. 500-507.

<sup>45</sup> Tableau repris de l'enseignement de A. MICHEL. (2002).

J. Bureau<sup>46</sup> dans son étude, déclare que la conversion sexuelle est satisfaisante uniquement dans le cas des vrais transsexuels, il faut « être prudent vis à vis des candidats au passé instable et ceux ayant plus de 30 ans ».

Certains auteurs craignent une décompensation psychotique suite à la conversion sexuelle. Des études montrent que les troubles psychiatriques graves, l'ambivalence post opératoire sérieuse, les gros désordres comportementaux sont des complications plutôt rares.<sup>47</sup>

Il y a donc lieu de s'interroger sur la pertinence de la chirurgie comme réponse à la demande transsexuelle.

### **A./ La satisfaction de la réassignation hormono-chirurgicale :**

Selon PAULY, les transsexuels semblent satisfaits de leur opération dans près de trois quarts des cas. La satisfaction des transsexuels opérés est nette : à la question « si c'était à refaire, le referiez-vous ? » la majorité ( plus de 90%) répondent par l'affirmative.<sup>48</sup> Quelques sujets déclarent que, sans l'opération, ils se seraient suicidés.

Les personnes opérées sont majoritairement satisfaites de leur « nouveau corps ». La réassignation hormono-chirurgicale permet l'apaisement de la souffrance et l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

La très grande majorité des patients opérés déclarent avec vigueur : « si c'était à refaire, je le referai », beaucoup parlent de « soulagement » et de « libération », malgré les quelques souffrances physiques post-opératoires.

Dans une étude faite sur 232 MTF opérées, le docteur LAWRENCE<sup>49</sup> conclue que la plus grande partie des participants étaient extrêmement satisfaits des résultats, 15 semblaient être insatisfaits dus aux résultats physiques et fonctionnels. Certains ont cité des problèmes sociaux et familiaux.

On observe une plus grande augmentation du sentiment d'acceptation chez les

---

<sup>46</sup> BUREAU J. (1989) *L'adaptation socio-économique et interpersonnelle et la satisfaction psychosexuelle pré et post conversion sociale, hormonale et chirurgicale de transsexuel(le)s mâles et femelles* Université du Québec à Montréal.

<sup>47</sup> DOGUET MH.(1990) : Le devenir des sujets transsexuels masculins opérés - *Servure* tome 3 p.46-50.

<sup>48</sup> Cité par CHILAND C. (1997) « *Changer de sexe* » Paris ; Odile Jacob-.

<sup>49</sup> LAWRENCE A. (2003) Factors associated with satisfaction or regret following Male To Female sex reassignment surgery- *Archives of Sexual Behavior* vol 32 n°4 p.299-315.

personnes réassignées<sup>50</sup>. La satisfaction personnelle constitue l'attitude la plus cruciale du développement et de l'adaptation d'une personne. La satisfaction d'une personne est le principal ressort de l'harmonie de ses relations avec les autres et de la qualité de son adaptation sexuelle, sociale et économique. Pivot du sentiment de bien-être, la satisfaction se nourrit particulièrement par la congruence entre l'identité sexuelle et le paraître sexuel dans le rôle et le corps. D'après une étude dirigée par J.BUREAU en 1989, les performances des vrais transsexuels sur l'échelle générale de satisfaction confirment amplement l'amélioration de leur satisfaction après leur conversion sexuelle.

Rappelons que ces études sont menées sur des sujets qui acceptent de se prêter à celle-ci.

### **B./ Regrets et insatisfaction de la réassignation hormono-chirurgicale :**

Un résultat insatisfaisant est observé dans approximativement 10% des cas. Ce pourcentage est moins élevé chez les FTM que chez les MTF<sup>51</sup>. Immédiatement après la réassignation, si la plupart des transsexuels passent par une période d'euphorie, d'autres se trouvent confrontés à diverses difficultés (douleurs post-opératoires, complications chirurgicales, résultats chirurgicaux insatisfaisants, départ du partenaire, perte du travail, conflits avec la famille et parfois l'entourage...) et connaissent une phase d'insatisfaction qui peut aller jusqu'au regret. Toutefois, cette insatisfaction est temporaire et disparaît, le plus souvent, durant l'année qui suit la réassignation chirurgicale, sans qu'aucune nouvelle intervention ne soit nécessaire.

Des regrets plus profonds et tenaces sont rares.<sup>52</sup> L'analyse des difficultés rencontrées par ces différents sujets révèle l'existence de trois sources majeures de regret :

- erreur de diagnostic (certains sujets montraient des signes de psychose évidente),
- absence de *real life test*,
- protocole d'intervention chirurgicale peu adapté et résultats chirurgicaux décevants (certains sujets ont dû attendre pendant de longues périodes avant de pouvoir procéder aux interventions chirurgicales ; plusieurs personnes ont souffert de résultats chirurgicaux

---

<sup>50</sup> BUREAU J. (1989) *op. cit.*

<sup>51</sup> GREEN R, FLEMING D (1990) transsexual surgery follow-up status in these *Annual review of sex research* p.163-174.

esthétiquement peu satisfaisants ou peu fonctionnels). Il faut rajouter que les complications chirurgicales sont fréquentes : cystite chronique, écoulement anormal d'urine, hémorragie, nécrose, embolie pulmonaire, etc.

### **C./ Suicides :**

Avant la transformation chirurgicale, on constate, en moyenne, des tendances suicidaires chez aux moins 20% des sujets<sup>53</sup>.

Des tentatives de suicide peuvent avoir lieu après la réassignation chirurgicale. Elles sont le plus souvent la conséquence de problèmes sentimentaux et de complications chirurgicales<sup>54</sup>.

Très peu d'études font état de suicide de candidats au changement de sexe. Lorsqu'il survient, il s'agit le plus souvent de cas dont la demande de transformation a été refusée. En revanche, après la transformation chirurgicale, KUIPER dénombre, en moyenne 1,2% de suicide chez les MTF et 0,5% de suicide chez les FTM<sup>55</sup>. Ces suicides ne doivent pas être systématiquement attribués au fait de vouloir changer de sexe par voie chirurgicale.

### **D./ Le devenir psychologique :**

Par définition, le transsexuel souffre d'un sentiment constant d'inconfort psychologique quant à l'appartenance au sexe anatomique, inconfort qu'il cherche à soulager par la réassignation hormono-chirurgicale.

Un grand nombre de psychologues et de psychanalystes se montrèrent formellement opposés à toute transformation chirurgicale des personnes transsexuelles malgré l'absence d'observations empiriques, excepté Stoller qui consacra la majeure partie de sa carrière aux troubles de l'identité de genre et qui accepta, dans certaines conditions particulières (personne répondant au diagnostic primaire), le traitement chirurgical du transsexualisme. De manière très progressive, le traitement hormonal et chirurgical va être accepté tout en reconnaissant l'importance d'adjoindre une approche psychothérapique à cette approche médicale (le plus

---

<sup>52</sup> MICHEL A, MORMONT (2002) Le changement des sexe : perspectives pronostiques .*Neuropsy* vol 1n°5-125-131.

<sup>53</sup> STEIN. M, TIEFER.L, MELMAN. A (1990) Follow up observations of operated male-to-female transsexuals. *J Urol* p.1188-1192.

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> KUIPER AJ (1991) *Transseksualiteit*. Thèse- cité par A MICHEL (2001).

souvent une psychothérapie de soutien). Au début des années 1980, l'Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA) affirme l'utilité de d'une telle prise en charge.<sup>56</sup>

Ces dernières années, la nécessité d'un suivi psychologique s'est imposé durant toute la période de la transformation et au-delà, selon A MICHEL, car bien des transsexuels se rendent compte que la chirurgie ne résout pas tout et qu'il est difficile d'assumer adéquatement un rôle de genre inconnu. Il convient donc de les préparer, pendant le *real life test*, puis de les aider, après la transformation chirurgicale, à affronter les difficultés émotionnelles, sociales, sexuelles de leur nouvelle apparence. D'où l'intérêt croissant d'une prise en charge psychologique du candidat à la réassignation hormono-chirurgicale.

### **E./ Le devenir sexuel :**

Au début des années 1970, le transsexualisme fut considéré, par certains auteurs, comme une problématique hyposexuelle<sup>57</sup>. Actuellement, certains chercheurs soutiennent encore que les transsexuels n'accordent guère d'intérêt à la sexualité et à la possibilité d'avoir des rapports sexuels de qualité<sup>58</sup>. Il semblerait en fait que, si la personne transsexuelle ne place pas la sexualité au centre de ses intérêts, elle accorde cependant une attention particulière au devenir de son plaisir sexuel après l'opération. En ce sens, la problématique transsexuelle n'est pas hyposexuelle (pas plus qu'elle ne serait hypersexuelle). Elle consiste plutôt en un trouble de l'identité de genre extrême dans lequel l'intérêt pour le devenir sexuel tient une place non négligeable.

Il semblerait que les personnes transsexuelles considèrent que la fonctionnalité des organes sexuels est primordiale. Ainsi, chez les MTF, l'insatisfaction la plus fréquente concerne la profondeur du néo-vagin : trop court, celui-ci ne permet pas une pénétration satisfaisante. Chez les FTM, la difficulté d'obtenir une phalloplastie adéquate peut être source de mécontentement. WALTERS écrivait en 1986 que tant que des techniques chirurgicales plus performantes ne seront pas proposées, il était préférable de ne pas procéder à de telles

---

<sup>56</sup> [www.HBIGDA.fr](http://www.HBIGDA.fr)

<sup>57</sup> PERSON E, OVESEY L. (1974) The transsexual syndrome in males: Primary transsexualism. *American Journal Psychiatry* n°26. p.4-20.

<sup>58</sup> CALANCA A. (1991) Le transsexuel après le changement. Evolution et pronostic. *Helv Chir Acta* n°58. p 257-260.

transformations<sup>59</sup>.

Les observations de nombreux auteurs tel que Lothstein<sup>60</sup>, semblent indiquer que la transformation chirurgicale apporte une amélioration notable de l'activité sexuelle. Ces améliorations sembleraient consécutives au changement de l'apparence sexuelle, maintenant que celle-ci est conforme à leur identité de genre. Nous avons rencontré un transsexuel FTM qui nous a confié qu'il lui était insupportable d'avoir des rapports sexuels avec sa partenaire en tant qu'homosexuelle car elle refusait que son corps de femme soit désiré en tant que tel. Aujourd'hui son sexe est en harmonie avec son identité de genre, il redécouvre la sexualité avec beaucoup de plaisir.

Une fois opérées, certaines personnes transsexuelles rencontrent plus facilement un partenaire, jouissent de relations plus stables, se sentent plus confiantes, plus attrayantes avec un sexe qui correspond à leur identité de genre. Blanchard<sup>61</sup> a démontré que plus les personnes MTF sont soucieuses d'effacer toute masculinité antérieure et sont motivées pour créer une féminité artificielle en ayant recours à des procédés de féminisation supplémentaires (tels que l'électrolyse capillaire et les implants mammaires), plus elles présentent une probabilité élevée de rencontrer un partenaire masculin et de vivre une situation stable. De manière générale, selon cet auteur, les MTF chercheraient de nouveaux partenaires tandis que les FTM auraient tendance à garder le même conjoint. Nous tenons à rebondir sur les propos tenus par Blanchard, une personne MTF peut très bien rencontrer une partenaire féminine. Une personne qui connaît des troubles d'identité de genre n'augure en rien de son orientation sexuelle, ainsi il y a des transsexuels homosexuels et d'autres hétérosexuels.

Les changements relatifs au plaisir sexuel d'une part et à la rencontre d'un partenaire d'autre part pourraient être imputables à l'adéquation harmonieuse entre l'allure du corps et l'identité de genre des sujets. Cependant, lorsque l'apparence des organes génitaux est insatisfaisante (taille du pénis, esthétique des lèvres, etc.), le bien-être du transsexuel est affecté selon STEIN et al<sup>62</sup>.

On comprendra dès lors que cette personne réclame des interventions supplémentaires afin de parfaire l'esthétique de leur sexe. De manière générale, plus l'état initial du sujet reste

---

<sup>59</sup> WALTERS W. (1986) *Transsexualism and sex reassignment*. Oxford University Press. Cite par A. Michel (2001).

<sup>60</sup> LOTHSTEIN LM. (1980) The post-surgical transsexual : empirical and theoretical considerations *Arch Sex Behavior* n°9, p.547-564.

<sup>61</sup> BLANCHARD R (1985) Typology of male-to-female transsexualism *Arch Sex Behavior* n°14.p.43-45.

observable, plus le sujet rencontrera des difficultés.

En revanche, les résultats relatifs au plaisir orgasmique ne sont pas aussi unanimes. Ainsi, si certains comme Lothstein observent que les MTF éprouvent un orgasme plus fréquemment que les FTM, LIEF et al ont constaté l'inverse<sup>63</sup>. Selon RAKIC et al<sup>64</sup>, cette différence pourrait être due à des facteurs personnels tout à fait indépendants du transsexualisme et de la transformation chirurgicale.

La qualité de la chirurgie doit être améliorée car elle limite le fonctionnement sexuel, la satisfaction personnelle de la personne concernée.

### **F./ Le devenir social :**

Dans la majorité des cas, après l'opération les transsexuels jouissent de relations sociales plus riches et plus nombreuses. Enfin « transformés » selon leur désir, ils se révèlent d'avantage réceptifs et actifs dans différentes activités sociales et bénéficient fréquemment de contacts familiaux plus satisfaisants<sup>65</sup>. Etant en accord avec eux-mêmes, après la transformation sexuelle, les transsexuels peuvent sortir de leur isolement social, osent entreprendre des activités jusqu'alors largement évitées. Cette amélioration des relations sociales est imputée à l'adéquation entre l'identité de genre et l'anatomie, selon A. Michel<sup>66</sup>. Le soutien familial et affectif est primordial dans la réussite de la conversion et ce, tout au long de la transition et après celle-ci. A. Michel déclare que la présence d'un tel entourage permet également de renforcer l'image du patient dans sa nouvelle identité.

---

<sup>62</sup> STEIN. M, TIEFER.L, MELMAN. A (1990). *Op cit.*

<sup>63</sup> LIEF H et al (1993) « Orgasm in postoperative transsexual » *Arch Sex Behavior* n°22. p.145-155.

<sup>64</sup> RAKIC et al (1996) « The outcome of sex reassignment surgery in Belgrad :32 patients of both sexes. » *Arch Sex Behavior* n°25. p.515-525.

<sup>65</sup> MATE-KOLE C et al (1990) Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism *Br J Psychiatry* - n°152. p.550-553.

<sup>66</sup> MICHEL A. (2001) Le transsexuel : quel devenir ? -*Annales Médico Psychologiques* n°159 p.347-358.

## I./ Le devenir professionnel :

L'impact de la réassignation chirurgicale sur la situation professionnelle des personnes transsexuelles est très variable.

Ainsi, pour certains auteurs, le devenir professionnel est souvent désastreux : les sujets perdent leur emploi initial et éprouvent de grandes difficultés à retrouver une occupation professionnelle similaire. Pour d'autres auteurs comme Lothstein et d'autres, la situation est moins alarmante : beaucoup de sujets opérés conservent leur emploi ou, le cas échéant, exerce une autre activité. Kuiper<sup>67</sup> constate, à travers la littérature, que 71% des MTF et 83% des FTM travaillent après l'opération. Comparativement au statut professionnel antérieur, cette situation s'est améliorée pour 42% des MTF et 48% des FTM tandis qu'elle s'est détériorée pour 13% des MTF et 12% des FTM. Enfin elle est restée stable pour 40% des MTF et 37% des FTM.

En revanche, il faut noter que, même si certains conservent leur emploi initial, celui-ci est parfois modifié, des employeurs faisant preuve d'une certaine misogynie à l'égard des MTF. Ainsi des MTF employés dans des postes importants furent, suite à leur transformation sexuelle, relégués à des postes à moindre responsabilité. Ces constatations ont amené certains auteurs à conclure que la réassignation chirurgicale est corrélée avec le statut socio-économique positivement pour les FTM et négativement pour les MTF.

La nature même de l'emploi avant la transformation semble influencer le devenir du candidat. Si celui-ci exerce une profession en rapport avec le sexe désiré, la probabilité de conserver son emploi s'en trouve accrue. Ainsi il est indispensable, lors du *real life test*, d'orienter les candidats à la réassignation vers des emplois plus étroitement liés à leur identité de genre, selon A Michel.

---

<sup>67</sup> KUIPER AJ. Ibid..

## IV. Renaissance ou Illusion ?

Selon C. Chiland<sup>68</sup> « Si leur but était de vivre en tant que membres de l'autre sexe, il est atteint. Si leur but était d'être un homme ou une femme à part entière, ils doivent affronter une **désillusion**, voire un désespoir. » Le sexe génétique n'a pas changé (même caryotype) et la procréation demeure impossible car les transsexuels doivent être stériles pour obtenir la SRS.

MERCADER<sup>69</sup> insiste sur le caractère illusoire du changement de sexe, sur « *l'illusion qui implique de penser le corps comme une pure enveloppe et le fait d'être homme ou femme comme pur semblant.* »

### A./ Les personnes transsexuelles se sentent-elles complètement femme ou homme ?

Cela peut dépendre de la qualité de l'intervention chirurgicale, de l'obtention des papiers d'état civil, ainsi que de l'aspect général de la personne. Par exemples certaines transsexuelles se revendiquent femme à part entière et ce même avant les opérations, d'autres considèrent qu'elles ne seront jamais complètement des femmes. Malgré l'opération, beaucoup de sujet ne se sentent pas véritablement du sexe désiré et disent se sentir ambigu : « *Cette opération n'a pas fait de moi une femme complètement, même si je me sens mieux armée pour affronter les difficultés de la vie* »<sup>70</sup>. Ou encore « *Les opérations, bien sûr, je suis content, mais ce n'est pas au point, ils ont encore du mal à copier exactement la nature* » rapporte Fautrat<sup>71</sup>, il rajoute que les transsexuels savent très bien, même s'ils s'en défendent, que leur rêve est irréalisable et qu'ils n'appartiendront jamais totalement à l'autre sexe. Chiland soutient qu'une souffrance demeure, qu'on ne puisse faire d'eux des hommes nés hommes ou des femmes nées femmes, mais ils sont moins malheureux.

Certes, ils ne pourront jamais être une femme ou un homme au sens biologique, mais le fait d'être reconnu à travers le regard d'autrui peut les aider à se reconstruire dans leur

---

<sup>68</sup> CHILAND C (1997) op. cit p.217.

<sup>69</sup> MERCADER *l'illusion transsexuelle* Paris, l'Harmattan. p.18.

<sup>70</sup> Témoignage d'une MTF cité par FAUTRAT (2001) p.94.

<sup>71</sup>ibid.

nouvelle identité. Mais il ne s'agit certainement pas de valider leur dénegation par rapport à cette souffrance. La satisfaction de la personne transsexuelle ne peut s'accroître que si celle-ci se sent reconnue à travers le regard de l'autre.

### **B./ L'expérience du miroir**

La personne transsexuelle a donc constamment besoin qu'on renforce sa conviction par l'image qu'on lui renvoie. « *Plus on me traitait en femme et plus je me sentais femme* ». <sup>72</sup> Le sujet transsexuel poursuit la quête constante d'une réassurance d'un renforcement de sa conviction par l'image qu'on lui renvoie de lui-même (Chiland, 1997).

Nous nous construisons à travers le regard de l'autre, d'après l'expérience du « Stade du miroir » de Lacan. <sup>73</sup> Il s'agit d'un moment crucial pendant l'enfance et de la structuration du sujet où il se découvre avec « jubilation » comme un individu singulier, sur le modèle de l'image de l'autre, c'est aussi un moment où la cohésion du moi s'affirme.

Le rapport à l'image nous renvoie à la problématique du rapport à autrui. Soulignons l'importance du rapport du sujet à son image dans le miroir. D'abord elle constitue pour lui une forme où il se reconnaît et dont il prend conscience qu'il s'agit de lui. Ensuite une parole le désigne et le nomme. Enfin cette image qu'il lui faut bien assumer comme étant la sienne, lui renvoie fidèlement le reflet des transformations qui concerne son identité telle qu'elle apparaît.

Une des principales sources interpersonnelles de la satisfaction est l'impression de « compter » pour l'autre, ainsi que le sentiment d'être reconnu et confirmé soit comme un homme soit comme une femme particulière. Cette confirmation par l'autre procure l'existence psychologique. Elle ouvre des facettes de l'existence de la personne qui reçoit cette confirmation.

Le sentiment d'être accepté constitue l'autre pivot de la qualité de la réassignation sexuelle. En effet, même si tout être humain est d'une part fondamentalement seul et

---

<sup>72</sup> MERCADER ( 1994 p.250) citant Jan MORRIS.

<sup>73</sup> LACAN (1966) « *Le stade du miroir comme formation du je* » Ecrits- Le Seuil.

Il faut préciser que cette notion de Lacan nous a été enseigné par Mr Bruyère Dawson, Maître de conférences à l'Université de Montpellier II, année de Licence 2003-2004.

existentiellement séparé des autres, il n'en demeure pas moins qu'il est aussi fondamentalement en quête de relations significatives avec ses semblables, à la recherche de liens pour soulager cette séparation et transformer son isolement en solitude et en gloire d'être seul. Or, pour établir ces liens avec les autres, le sentiment d'être accepté par ceux-ci est crucial.

Pour Oppenheimer<sup>74</sup>, le besoin qu'a le transsexuel de convaincre l'autre est une manière de l'impliquer dans son système narcissique, de se faire reconnaître par lui. L'autre n'existe pas en tant que tel mais doit se mettre au « *service du self* ». Ces personnes ont constamment besoin qu'on renforce leur conviction par l'image qu'on leur renvoie d'eux-mêmes. L'image de soi dans le miroir compte.

Oppenheimer met en avant une représentation de soi négative, une estime de soi faible et la présence massive d'éléments dépressifs chez ces personnes, avant la réassignation. L'estime de soi repose majoritairement sur les relations avec ses proches et sur le regard qu'ils portent sur nous.

Pierre Henri Castel<sup>75</sup>, philosophe et psychologue rappelle « *c'est toujours du dehors que celui qui quête la reconnaissance se regarde avancer vers soi-même.* »

En conclusion de cette première partie, les personnes transsexuelles se disent satisfaites de leur réassignation dans plus de trois quarts des cas, d'après les différentes études entrevues (dont les sujets ont eu recours à un suivi post-transition). Il apparaît assez clairement que cette conversion hormono-chirurgicale engendre des effets plus positifs que ceux que prévoyaient jadis les médecins. A. Michel souligne que sur cette base, et dans la mesure où la prise en charge peut être assurée de façon correcte de la phase diagnostique à la phase post-opératoire, il ne semble pas qu'il y ait des raisons empiriques de refuser la demande de réassignation.

L'étude du devenir des patients est d'un intérêt capital pour montrer que ces derniers vivent effectivement mieux, celle-ci permet de considérer les différents aspects d'un tel traitement.

---

<sup>74</sup> OPPENHEIMER (1997) La psychanalyse à l'épreuve du transsexualisme *Perspectives Psy* p.279-289.

<sup>75</sup> CASTEL P.H. (2003) *La métamorphose impensable* Paris, Gallimard p 254.

## **V. Hypothèses de recherche.**

D'après cette entrevue concernant la problématique du transsexualisme, nous avons pour hypothèses concernant notre recherche que :

**φ La réassignation hormono-chirurgicale, pour les personnes transsexuelles favorise une plus grande satisfaction personnelle et une meilleure adaptation psychosociale de la personne. Ce qui vise à un bien-être de la personne donc la conversion sexuelle peut être une véritable indication thérapeutique, dans le cas de trouble de l'identité de genre tel que le transsexualisme.**

**φ Le traitement hormono-chirurgical participant d'une démarche régulatrice, vise à conserver une bonne représentation de soi, à renforcer l'estime de soi, est une tentative de restauration narcissique.**

**φ Nous posons également émettre l'hypothèse que le regard d'autrui contribue et permet à la personne transsexuelle de se reconstruire dans sa nouvelle identité. L'autre joue un rôle capital dans la reconstruction du transsexuel, suite à la réassignation hormono-chirurgicale.**

# DEUXIEME PARTIE

## METHODOLOGIE DE RECHERCHE :

### La réalité du terrain

La définition usuelle, même si lacunaire, du transsexualisme est la suivante : **la conviction absolue et inébranlable pour un individu biologiquement normal d'appartenir au sexe qui n'est pas le sien, associé à un désir stable de changer de sexe.** C'est à partir de ces composantes que nous avons élaboré notre échantillon dans notre dispositif de recherche.

Depuis le début des années 1950, des opérations de réassignation sexuelle chirurgicale sont fréquemment pratiquées. Ce travail de recherche tentera de dégager les conséquences réelles d'une telle intervention et d'en évaluer objectivement la pertinence. A travers la littérature, les recherches de suivi tendent à prouver que la transformation chirurgicale satisfait plus le demandeur de changement de sexe qu'il ne le perturbe.

## I. Dispositif méthodologique.

### A./ Objectif de Recherche :

L'objectif d'une telle recherche consiste à mettre en évidence les aspects de la post-conversion pour les personnes transsexuelles, mettre en perspectives leur qualité de vie (affective, relationnelle, professionnelle, etc.) afin de voir que la réassignation hormono-chirurgicale apporte un réel bien-être et une meilleure adaptation psycho-sociale à ces dernières. Ce travail permet également de montrer le regard que les transsexuels portent sur eux-mêmes, à propos de leur transition, sur ce qu'ils appellent leur « renaissance ».

Cette recherche pourrait amener une meilleure considération à l'égard des personnes souffrant de troubles d'identité de genre.

### B./ Procédure de recherche.

Nous avons choisi pour outil d'investigation l'outil indispensable du psychologue : **l'entretien.** Les entretiens permettent d'approfondir un questionnement et de s'adresser

spécifiquement à la problématique du sujet. En effet à travers cette méthode, il est possible d'observer les associations que peut faire le sujet tout en maintenant une ligne directrice. La construction d'une grille d'entretien a permis d'étayer notre recherche. On pourra ainsi repérer les mécanismes de défenses utilisés par la personne, les affects principaux et les différents thèmes émergeant du discours.

Etant donné que les entretiens étaient enregistrés, nous avons bien précisé à nos sujets que nul n'aurait accès aux enregistrements, qu'ils n'étaient effectués que dans le cadre d'une recherche universitaire et que l'anonymat serait respecté.

### **C./ Mode de recrutement : caractéristiques de l'échantillon.**

Notre étude porte sur un groupe de personnes ayant obtenu la réassignation hormonochirurgicale. Pour des raisons d'homogénéité, il s'agit de personnes **Male To Female**. L'échantillon comporte **trois** personnes de 20 à 50 ans. Cette recherche inclue les personnes ayant eu recours au THC 5 ou 10 ans auparavant, afin d'avoir des résultats plus fiables, dans le sens où la personne aura eu le temps de prendre du recul par rapport à sa transition, et ne sera plus dans cette phase que certains auteurs appellent « lune de miel ».

Il s'agit de personnes que nous aurons rencontrées par l'intermédiaire du CARITIG.

### **D./ Présentation du CARITIG : lieu de stage.**

Afin de passer de la théorie à la pratique et ainsi vérifier nos hypothèses émises par l'intermédiaire de la littérature, il fallait passer du livre au terrain. Or pénétrer un tel terrain se révéla délicat. J'ai alors intégré en tant que stagiaire psychologue et bénévole cette année, le Centre d'Aide de Recherche sur la Transsexualité et l'Identité de Genre.

Cette association a pour objectif d'écouter et soutenir les personnes transsexuelles, par des permanences d'accueil et téléphoniques assurées par le président, un psychologue clinicien et des bénévoles. Des réunions et des ateliers sont organisées auxquels interviennent des personnes transsexuelles opérées ou non afin de partager leur histoire, la transition, leur « coming out », sur les différentes prises en charge, etc.

Le CARITIG propose de guider les personnes dans leur parcours juridico-médical, porter assistance pour l'insertion sociale et dans les liens familiaux.

J'ai pu rencontrer des personnes transsexuelles FTM et MTF opérées ou non, qui m'ont fait comprendre beaucoup sur le sujet. Mon rôle au sein du CARITIG était de les accueillir et de les écouter, accompagnée du Psychologue.

Viennent au sein de cette association des personnes dites « transgenres » qui regroupent des transsexuels opérés ou non, des travestis, des transgendérés (vivent dans le genre opposé au sexe biologique sans rechercher une conversion sexuelle chirurgicale ) et des inter-sexués.

J'ai pu assister à diverses conférences, telles « Les psy sont-ils transphobes ? ». Ces conférences soulignent le clivage entre professionnels et personnes transsexuelles. Participer à ces conférences fut d'un enrichissement personnel et à celui de la recherche.

### **E./ Ethique et limites de la recherche :**

Le transsexualisme est confronté à d'importantes difficultés éthiques. Notamment au niveau médical, le médecin est « *confronté à un choix non conforme à sa pratique, celui de répondre positivement à une demande procédant d'une conviction du sujet en contradiction avec le constat objectif du sexe bio-anatomique de celui-ci.* »<sup>76</sup>

Nous avons évidemment obtenu le consentement libre et éclairé des personnes se prêtant à cette recherche. Nous rappelons aux sujets qu'ils sont libres de quitter l'entretien s'ils le souhaitent, nous remettons en avant l'aspect anonyme de cette recherche. Pour des raisons éthiques, il a été convenu que les noms des personnes se prêtant à cette recherche soient faux.

\* Un groupe témoin est impossible éthiquement à constituer, or il aurait été fort intéressant d'étudier le devenir des sujets auxquels on a refusé l'intervention, mais du point de vue éthique c'est irrecevable si l'on pense que l'opération est l'indication thérapeutique.

\* De plus les personnes ayant consenti à cette recherche si volontairement ne peuvent représenter la population globale des transsexuels, car une personne qui aurait eu un parcours plus délicat avec des conséquences plus lourdes n'aurait peut être pas accepté de participer. Il ne faut pas négliger le fait que pour certaines personnes la réassignation hormono-chirurgicale n'a pas malheureusement été le signe de bien être, au contraire. Ce n'est certes pas le groupe

---

<sup>76</sup> ALBY JM (1996). Les fractures du transsexualisme. In Czermak M. et Frignet H. *Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme*. Paris, Edition de L'association Freudienne Internationale. p.31.

de personne que l'on rencontre au sein d'une association militante, il s'agit en général de personnes isolées et qui préfèrent rester dans l'anonymat. Le mode de recrutement représente donc un biais important au niveau de la représentativité de l'échantillon.

\*Il aurait été plus pertinent que cette étude soit une étude longitudinale, afin de comparer la qualité de vie et l'élaboration psychique pré et post conversion.

\* Une des limites de cette recherche est qu'elle soit effectuée sur seulement trois personnes et les résultats ne peuvent être représentatifs de la population transsexuelle. Le nombre de sujets demeure donc insuffisant pour tirer des conclusions générales.

### **F./ Les variables étudiées :**

Afin de mesurer la qualité de vie de nos trois sujets, nous prenons pour variables les relations familiales, les relations sociales, l'intégration professionnelle, la vie affective et sexuelle, l'estime de soi et l'opinion subjective par rapport à la réassignation hormono-chirurgicale.

Si tous les aspects sont rencontrés, on peut s'attendre à une adaptation réussie des transsexuels à leur nouvelle apparence, à un succès de la réassignation hormono-chirurgicale.

## CONCLUSION

*« Les personnes transsexuelles lancent un défi à nos conceptions du bien et du mal, du politiquement correct ou incorrect, de la santé mentale ou de la folie ».*<sup>77</sup>

Nous venons de voir les cas de D, S et C, il apparaît que la réassignation hormono-chirurgicale pour les personnes transsexuelles améliore l'adaptation socio-professionnelle, la qualité des relations sociales et la satisfaction personnelle. Cette amélioration s'explique par l'actualisation de la possibilité de congruence entre être et paraître sexuel. Cette étude converge vers nos hypothèses selon lesquelles la réassignation hormono-chirurgicale favorise une plus grande satisfaction personnelle et une meilleure adaptation psycho-sociale de la personne. Le traitement hormono-chirurgical participant d'une démarche régulatrice, vise à conserver une bonne représentation de soi, à renforcer l'estime de soi, est une tentative de restauration narcissique.

Cette recherche nous a tout d'abord permis d'évaluer la qualité de vie intra-personnelle et inter-personnelle du sujet transsexuel réassigné, d'évaluer les conséquences d'une telle intervention sur sa satisfaction personnelle, sa vie affective, sa vie relationnelle et sa vie professionnelle.

Nous avons pu constater que cette thérapeutique médico-chirurgicale est justifiée, malgré son caractère mutilant et irréversible. Cette indication peut être appliquée uniquement dans la situation des personnes qui se perçoivent comme étant véritablement de l'autre sexe, souffrant d'un véritable trouble d'identité de genre, tel que le transsexualisme.

L'intérêt d'une telle recherche convient également à participer à une meilleure information qui permettent d'éliminer les interprétations négatives qui viennent renforcer la souffrance de ces personnes en difficultés dont *« l'aide à leur apporter reste encore à mieux tracer. »*<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> P. CALIFIA *Le mouvement transgenre : changer de sexe.* » Paris, EPEL 2003.

<sup>78</sup> BONIERBALE M. "Transsexualisme: évolution des idées et prise en charge" (2002) *Neuropsychy news* n°5 p.217-222.

Les questions que pose le transsexualisme ou la transsexualité sont loin d'être résolues, d'autant que selon les cultures et les idéologies, les attitudes diagnostiques et même thérapeutiques sont fluctuantes.

## BIBLIOGRAPHIE.

ALBY JM (1996).

Les fractures du transsexualisme. In Czermak M. et Frignet H. *Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme*. Paris, Edition de L'association Freudienne Internationale.

BARDIN P et al (2001):

Le psychiatre peut-il dire transsexuel. *Francopsy n°4*. <http://www.francopsy.com>

BAUD J.P (1999)- Quelque chose d'Hippocrate à l'origine du droit de l'environnement in *Genèse du droit de l'environnement* Paris : L'Harmattan.

BERGERET J. (1972)

*Psychologie pathologique : théorie et clinique*. 8<sup>e</sup>édition (2000) Paris, Masson.

BLANCHARD R (1985)

Typology of male-to-female transsexualism *Arch Sex Behavior* n°14.p.247-261.

BLANCHARD R. (1989)

Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Canadian Journal of Psychiatry* vol 34 p43-45.

BOURGEOIS M.L, VERDOUX H., PEYRE F., BENEZECG M. (1990).

Dysphories de genre et transsexualisme. Aspects psychiatriques. *Annales Médico Psychologiques*, n°148 p.775-781.

BOURGEOIS M.L.(1998).

L'identité du transsexuel- les vicissitudes de l'établissement de l'identité sexuée - *confrontations psychiatriques* 39, 141-152.

BOURGEOIS M.L. (2002)

Le changement de sexe est-il un droit de l'homme (et de la femme) ? *Neuropsy news- vol 1 n°5 p.203-205*.

BRETON.J (1985):

*Le Transsexualisme étude nosographique et médico-légale*. Paris, Masson.

BUREAU J. (1989)

*L'adaptation socio-économique et interpersonnelle et la satisfaction psychosexuelle pré et post conversion sociale, hormonale et chirurgicale de transsexuel(le)s mâles et femelles*. Université du Québec à Montréal.

CALANCA A. (1991)

Le transsexuel après le changement. Evolution et pronostic. *Helv Chir Acta* n°58. p 257-260.

- CALIFIA.P (2003) :  
*Le mouvement transgenre*. Paris, EPEL.
- CASTEL J.P (2003) :  
*La métamorphose impensable*. Paris, Gallimard.
- CHILAND.C (1989) Transsexualisme et problématique narcissique à l'adolescence. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 7 184-190.
- CHILAND C. (1997) :  
*Changer de sexe*. – Paris, Odile Jacob.
- CHILAND C.(1997):  
Les impasses du traitement du transsexualisme. *Perspective Psy* n° 36-4 p 256-262.
- CHILAND C.(2002)  
Le transsexualisme : les théories et les personnes. *Neuropsych news vol, 5* p.206-210.
- CHILAND C. (2003):  
*Le Transsexualisme*. Paris, PUF
- COSLIN P.G. LEBOVICLS et ESTORK H. (1997)  
*Garçons et filles, hommes et femmes- Aspects pluridisciplinaire de l'identité sexuée*. Paris, PUF.
- DE SUTTER P (2002)  
Le désir d'avoir des enfants et la conservation de la fertilité chez les femmes transsexuelles.  
*International journal of transgenderism*. Vol 6, 3  
[www.Internationaljournaloftransgenderism.org](http://www.Internationaljournaloftransgenderism.org)
- DOGUET M.H (1999):  
Le devenir des sujets transsexuels masculins opérés. *Servure* tome 3 p.46-50.
- DOLTO F. ( 1984)  
*L'image inconsciente du corps*. Paris, Le seuil.
- FAUTRAT P.(2001)  
*De quoi souffrent les transsexuels ?* Paris, E.A.C.
- FREUD S. (1969) :  
*La vie sexuelle*. Paris, PUF. 123-132.
- GALLARDA T. et al (1997)  
Le syndrome du transsexualisme : aspects cliniques et thérapeutiques *L'encéphale XXIII*, 5. 321-326.
- GREEN R., FLEMING D (1990)

- Transsexual surgery follow-up status in these. *Annual review of sex research* 1; p.163-174.
- GREEN R. (1978)  
Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents. *American journal of Psychiatry* 135: 692-701.
- GUILLEMOT.A (1993).  
Le transsexualisme : mal ancien ou invention moderne. *Synapse n°92-* p.58-65.
- LACAN (1966)  
*Le stade du miroir comme formation du je.* Ecrits- Le Seuil.
- LAPLANCHE J, PONTALIS JB. (1967)  
*Vocabulaire de psychanalyse.* 3<sup>e</sup>édition (2002) Paris, PUF.
- LAWRENCE A. (2003)  
Factors associated with satisfaction or regret following Male To Female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior* vol 32 n°4 p.299-315.
- LE MANER-IDRISSI G. (1997):  
*L'identité sexuée.* Paris, Dunod.
- LIEF H et al (1993)  
Orgasm in postoperative transsexual. *Arch Sex Behavior* n°22. p.145-155.
- LOTHSTEIN LM. (1980)  
The post-surgical transsexual : empirical and theoretical considerations *Arch Sex Behavior* n°9. p.547-564.
- LOTHSTEIN LM (1984)  
Psychological-testing with transsexuals. *Journal of Personality Assessment* n°48.p. 500-507
- LOTHSTEIN LM.( 1997)  
Psychothérapie et Transsexualisme *Perspectives Psy* vol 36 n°4 p. 263-278.
- MATE-KOLE C et al (1990)  
Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *Britannic Journal of Psychiatry* - n°152. p.550-553.
- MERCADER.P (1994)  
*L'illusion transsexuelle.* l'Harmattan Paris.p.12
- MICHEL A. (2001)  
Le transsexuel : quel devenir ? *Annales Médico Psychologique* n°159 p.347-358.
- MICHEL A. et MORMONT C. (2001):  
Transsexualisme et Rorschach : une revue de la littérature. *Annales Médico Psychologiques-Elsevier- Belgique* p. 125-131.

- NAVELET C. GASTAMBIDE A. (1999)  
Réflexion sur la captation des transsexuels par l'image. *Evolution psychiatrique* n°64 p.309-322.
- OPPENHEIMER A.(1992).  
Le désir d'un changement de sexe un défi pour la psychanalyse. in *Psychanalyse à l'université*.17.
- OPPENHEIMER A. (1997)  
La psychanalyse à l'épreuve du transsexualisme *Perspectives Psy* p.279-289.
- PERSON E, OVESEY L. (1974)  
The transsexual syndrome in males: Primary transsexualism. *American Journal Psychiatry* n°26. p.4-20.
- PERSON E (1999)  
*The sexual century*. Yale University Pres.
- RAKIC Z et al (1996)  
The outcome of sex reassignment surgery in Belgrad :32 patients of both sexes. *Arch Sex Behavior* n°25. p.515-525.
- SECCHI.B (1998)  
Le transsexualisme :aspects psychanalytiques. *Pratiques Psychologiques* 4, 79-90.
- SESE-LEGER S. (1997)  
Du désir de changement de sexe à la métamorphose subjective *Perspectives Psy* vol 36 n°4 p.284-289.
- STEIN. M, TIEFER.L, MELMAN. A (1990).  
Follow up observations of operated male-to-female transsexuals. *J Urol* p.98-103
- STOLLER R.J. (1968) : *Recherche sur l'identité sexuelle*.(1978)- Paris, Gallimard.
- STOLLER R.J. (1989) :  
*Masculin ou Féminin ?* –Paris, PUF.

## INDEX DES AUTEURS

ALBY JM .....	8, 38
BARDIN.....	6
BAUD.....	4
BERGERET J .....	60
BLANCHARD R.....	27
BOURGEOIS ML.....	7, 8, 9, 16, 43
BRETON J.....	14, 17
BUREAU J.....	23
CALANCA A .....	26
CALIFIA P.....	69
CASTEL PH .....	35
CHILAND C .....	4, 12, 14, 15, 16, 19, 23,32, 45, 69
COHEN L et KETTENIS PT.....	31
DOGHET MH .....	23
DOLTO F .....	42
FAUTRAT P.....	12,15, 16, 23
FREUD S.....	4
GALLARDA T .....	8, 9, 16
GREEN R.....	21, 24
GUILLEMOT A .....	3
LAWRENCE A.....	23
LACAN J.....	33
LIEF H .....	28
LOTHSTEIN L .....	13, 16, 22, 27, 30
MATE KOLE C .....	21, 29
MERCADER P .....	7, 22, 32, 33
MICHEL A.....	1, 19,20, 21, 24, 28, 30, 32, 40
MORMONT C .....	20, 24, 30
NAVELET C et GASTAMBIDE A.....	11
OPPENHEIMER A .....	13, 34
PERSON E, OVESEY L .....	26
PFAFFLIN F et JUNGE A .....	40
RAKIC Z .....	28
SECCHI B .....	10
SESE-LEGER S.....	13
STEIN M .....	20 25 28
STOLLER RJ .....	5, 6,12, 13, 14

## Entretien C

Je suis C, j'ai 47 ans, il y a de la poussière (rire)...Heu j'ai commencé quand...j'ai commencé ma transition début 93... Je peux remonter plus loin (*je lui fis signe de la tête en disant « oui »*). Comme disent les psychiatres, j'adore ce terme qui est mon travestissement pré-pubère (sourire). Ça a commencé là. Je ne considérais pas vraiment que je me travestissais mais bon...Ce travestissement contrairement aux travestis sans doute, génère un malaise qui devenait de plus en plus grand, plus en plus profond. C'était très dur pour moi, même que j'en étais arrivé à la volonté de perte... de vie, de me suicider, me tuer...tuer ce corps ce que je détestais en moi, si tu veux... Il fallait que je trouve une solution, je ne comprenais pas pourquoi j'étais comme ça et en plus aussi mal...Ensuite, j'ai vu un psychiatre à ...Le travail a été en profondeur, on a travaillé sur des choses très bouleversantes, j'aime bien cette expression, on a remué la merde pour en extraire le pourquoi...donc à partir de là... Et après, avec le travail avec le psychiatre ,...ben là oui, ça a été long et elle, ce qui était bien c'est qu'elle n'avait jamais travaillé la dessus, donc elle n'avait pas de parti pris, elle a découvert avec moi , mais...on a fait un travail ensemble, mais elle n'a pas tout chapoté, elle m'a pas dit « oui c'est ça alors on fait ça », c'est moi qui suis arrivé à faire tout ça...Donc après 93, j'ai eu le traitement hormonal, on reviendra après sur ce que je faisais comme travail. J'ai eu l'intervention en 97, le 15 juillet 97 ça a été ma deuxième naissance et d'ailleurs c'est mon deuxième anniversaire (rire) oui, c'est aussi important que l'autre. Et puis... bon j'ai galéré au niveau du travail parce que bon...je me suis engagée dans le service militaire en 81, dans la marine puis après en,... là ça s'est compliqué pour moi parce que je me suis engagé comme militaire mais on peut dire que c'était à mon insu, c'est un peu plus compliqué...et en plus un autre sujet...Là j'ai commencé à m'habiller en femme, je draguais des hommes de l'extérieur. Ça ma paru long cette période, quand je repense à cette période. Je me suis même fait agressée une fois, j'ai reçu un coup derrière la tête, je me suis retrouvée aux urgences...Donc là j'ai été arrêtée. Mais la police a vu mes papiers d'identité et ce jour là j'étais donc en femme et donc elle a vendu la mèche à mes supérieurs...Donc là on m'a traité de tous les noms et on m'a foutu à la porte...Donc là après, j'ai galéré un peu pour trouver du boulot c'était pas évident...Quand je passais des entretiens pour un emploi ça passait moins...

### *Même après la réassignation hormono-chirurgicale ?*

...Après l'opération... Même après oui, ça ne passait pas, pourtant aujourd'hui ça va hein ? ( elle me montre son apparence physique )... Ils se doutaient de quelque chose, je sais pas certains le voient et peut être qu'il ne disent rien, d'autres au début ne se gênaient pas ...Des fois je le voyais bien, les enfants qui te regardent en ce demandant qui tu es, puis le coup classique « vous avez l'heure ? » comme ça ils voient si tu répond d'une voix grave ou non...Donc pour trouver du boulot j'ai galéré, j'ai trouvé une société qui m'a embauchée mais bon c'était en attendant de trouver autre chose...Je n'ai pas encore fait mon changement d'état civil, je suis en cours, la procédure est très longue ça fait vraiment un moment que j'attends mais bon... Mais je crois pas que ce soit là le problème enfin si, ma sœur me le dit aussi, mais je crois pas. J'ai pas mes pièces d'identité collés aux fèces, quand il y a un doute c'est pas pour autant que je montrerais mes papiers , ça serait trop...Toi par exemple tu ne vas pas montrer ta carte d'identité quand tu postules pour un poste, non même si j'avais mes papiers conformes je ne les montrerais pas , je n'ai pas envie de prouver que...Voilà...Pour revenir au travail, j'avais un bon contact avec mes collègues tout le monde était au courant et je n'avais

pas de problème. Ensuite fin 99 j'ai pu trouver en intérim un poste par rapport au bug de l'an 2000, donc là aussi ça a été. La personne m'a dit quand elle a vu mes papiers d'identité qu'elle se foutait que je sois transsexuelle...C'est rare de trouver des gens comme ça car quand on me refusait on me disait que j'allais perturber le fonctionnement et tout , bon...Et puis après j'ai trouvé une place à la mutualité de T... , mais là il y a quelque temps la mutuelle a été absorbée...Donc voilà depuis peu je me retrouve au chômage...Bon je cherche mais...En ce moment, je vais être franche je ne cherche pas trop (rire) voilà...

*Comment avez-vous vécu votre transition ?*

Comment je l'ai vécu...(silence) Je l'ai vécu, bon ça n'a pas été facile parce que je l'ai vécu à travers... le côté militaire, ce que j'ai perdu car j'avais tout de même un bon emploi et je pensais y rester un peu plus, je travaillais dans les bureaux, l'informatique et tout ça...Je pensais qu'on aurait peut être pu s'arranger car les gens du bureau ça ne leur posait pas de problème mais c'est la hiérarchie qui bloquait et qui se font des idées...Sinon à partir du moment où j'ai été viré de chez les militaires, ça quand même était un soulagement donc...Non je l'ai vécu comment dirais-je...un peu comme si j'avais fais le vide de cette vie là, ça a été difficile évidemment mais ça allait parce que je suis quelqu'un qui vit parce que je me bats avec mes difficultés. Je savais qu'il fallait que je fasse cela pour que je continue à vivre, ça a été le moyen de survivre c'est à dire de me battre. Quand j'ai commençais le traitement hormonal, ça a été...un émerveillement, une libération parce que ça a été comme...une fleur qui éclos (elle me montre avec ses mains), le soleil qui a permis cette éclosion sont ceux qui se sont occupés de moi...J'émergeais enfin , cette carapace partait... L'opération c'est très bien passée, ça a été comme je t'ai dit ma naissance où j'y ai assisté... bien que douloureuse...C'est pas que j'au eu des complications, j'ai eu un drain et le docteur me l'a enlevé au bout de quatre jour, donc ça se passait bien. Le problème c'est que j'ai eu une para-phlébite sur la jambe droite, la circulation du sang a été coupée, c'était assez douloureux mais bon voilà. C'est sur que c'est délicat, en plus bon je dois dire qu'à cet endroit c'est sur que c'est très sensible mais bon. Quand on voit le résultat, on oublie la douleur, c'était tellement, c'était fini...Et après oui, c'est vraiment comme je dis un émerveillement, on découvre, on se découvre, on est comme une petite fille, j'étais naïve...Une fois, j'ai rencontré un jeune homme qui m'a dit que j'avais des jambes superbes et que j'étais très belle, malgré tout, tu vois j'ai senti que c'était sincère, et puis bon il a continué son chemin c'était pas quelqu'un qui me faisait le gros plan de drague . Mais ça me touche beaucoup, quand je croise un homme dans la rue et qu'il me fait un sourire ça ma flatte, ça me...sans allez plus loin bien sur mais je me sens bien...Peut-être que je suis prétentieuse, comme ma sœur dit, mais j'ai rapidement su faire un travail avec mon corps, je me suis vite sentie moi...J'ai vraiment ressenti un bien-être, mais ce bien être je l'ai ressenti surtout grâce au traitement hormonal, l'opération vient ensuite. Avec le traitement hormonal, je voyais mon corps se modifier, devenir ce que je ressentais que j'étais...Mais en 2000, je me suis fait opérée de la poitrine pour les gonfler un peu, j'ai fait donc une implantation mammaire parce qu'elle était très petite, je n'avais pas de quoi remplir un bonnet A, donc tu vois...Je ne l'ai pas fait faire en France, mais en Espagne...Mais vraiment c'était le traitement hormonal (souffle) c'était wahou ! Je sentais mon corps...c'est con mais je sentais mes hormones qui étaient en moi, à chaque fois que je faisais une injection. La vaginoplastie c'est une autre phase, c'est le gros plus...Mais vraiment le bien-être commence avec les hormones...comme une bulle qui explose.

## *Comment votre famille a-t-elle réagi ?*

...Ha alors là c'est difficile parce que bon je dirais bien, oui bien et puis c'est difficile à en parler...Je voudrait pas dire du mal d'eux puis d'un côté il y a quand même des petits trucs qui me chagrinent...Mon père, mais ça il faut le rattacher à sa personne, lui il a cru que c'était une lubie, un jour il m'a dit « oui, bon ça va un temps mais un jour tu vas arrêter... », il comprenait pas du tout, voilà, il ne pensait pas que j'irais aussi loin. Mais bon maintenant ça va, c'est une acceptation, très passive. D'ailleurs je n'en ai pas parlé au début, de tout mes problèmes je n'arrivais pas à en parler. Je savais qu'il m'aurait freiner plutôt qu'autre chose. Bon ma mère, elle, alors elle aurait crouler sur place, ce n'est pas quelqu'un qui aide en essayant d'épauler, tu vois par exemple si je ne vais pas bien, j'ai de la peine au lieu d'être là et de me dire « bon C, ça va allait... » elle c'est « oh, ça me fait beaucoup de peine » elle va s'écrouler avec. Donc on en est arrivé à supporter notre propre peine plus la sienne, voilà. J'ai du mal à lui parler de ce côté là, mais elle me considère aujourd'hui comme sa fille, j'ai tout perturbé je suis sa quatrième fille (rire). Et puis bon c'est vrai que ceux sont des personnes âgées, mais on a de très bonnes relations, on habite à 10 km donc...Donc la famille, mes frères et sœurs, ça n'a pas été facile parce que...ma sœur aînée, la plus âgée des filles n'a pas voulu qu'on en parle parce que c'était trop difficile. Et pour moi alors ça pas était difficile, justement on aurait pu en parler, que je lui explique ce que je ressentais mais non...Mon autre sœur accepte et d'ailleurs on en parle beaucoup, du moins on en parlait mais quelque fois le sujet revient...Mon autre sœur m'en a pas beaucoup parlé et pourtant j'aurai préféré, on fait comme si de rien était, je suis sa sœur et point...J'ai un grand frère qui habite loin d'ici, et d'ailleurs c'est dommage car on est très proche et il m'a beaucoup soutenu. Mon autre frère croit que je me suis fait castré alors que non, au contraire je pense plutôt que j'étais castré avant si je peux dire ça. Oui parce qu'en fait avant j'avais le fantasme de me castré c'est à dire que si je devais mourir, je voulais mourir en femme en quelque sorte. Mais aujourd'hui, non je ne me sens pas castré, c'est comme certaines personnes disent « changer de sexe » mais non, on ne change pas de sexe, je voulais juste qu'on me donne mon sexe, dans le sens où il fallait que je sois extérieurement ce que j'étais intérieurement. J'ai fait apparaître mon sexe intérieur, et ça c'est difficile à faire comprendre ça... Je n'étais pas homosexuelle, les gens croient que les gens se font opérer et prennent des hormones pour ne plus être homosexuel, vivre une sexualité normale, ce n'est pas vrai, les gens ne vont pas se mutiler et souffrir pour seulement ne plus être homosexuels, c'est faux...Donc j'en étais où...Mon frère et moi on était très proche, c'est d'ailleurs le premier de la famille à avoir su mes intentions, ce que je ressentais. D'ailleurs quand je me travestissais, il le savait et il était avec moi, une fois on est même sorti tout les deux...Il le savait, par contre mon autre frère se moque un peu, bon pas de moi personnellement mais quand il voyait des travestis ou autres il se moquait, il riait jaune... Ma mère, une fois était venue dans ma chambre, elle avait vu dans mon armoire des vêtements de femme, elle me dit qu'elle croyait que c'était à une petite amie, alors qu'elle savait très bien qu'il n'y avait pas de fille qui venait chez moi, mais bon, elle n'a pas osé m'en parler. Et ensuite, avant que je fasse ma révélation, une fois mes parents ont voulu rentrer dans ma chambre, alors que moi j'étais habillée en femme, j'insistais pour qu'il ne rentre pas, je me cachais derrière la porte, je me rappelle j'avais très peur, c'était...Ils ont du voir quelque chose mais ma mère ne m'en a pas parlé. Et puis après, c'était quand j'ai été foutu à la porte de la base militaire, j'ai donc appelé ma mère et je lui ai dit que j'allais venir et que j'avais quelque chose à leur apprendre...Je me suis habillée et là justement ce n'était pas un travestissement. Quand j'ai sonné et qu'ils ont ouvert la porte, je leur ai dit « voilà, je suis C... ». Je pense que pour Maman ça a été un choc mais elle l'a bien pris ensuite, elle m'a montré comme si ça

allait mais elle n'a pas essayé d'écouler sa... en m'en parlant. A côté de ça, au lieu de m'en parler et qu'on essaie de comprendre, elle allait voir ses amis pour qu'ils l'aident à comprendre mais au lieu de ça, les gens jasaient entre eux et critiquaient en plaignant ma mère en lui disant « mais c'est horrible quelle horreur !... ». Une fois, il y a une voisine qui m'a dit « vous savez, les gens parlent sur vous, ils disent que vous vous travestissez... ». Mais c'est bon j'avais du répondant alors qu'avant j'aurai rien dit... Une fois je croise un voisin dans l'ascenseur qui fumait et ça me gênait il me dit « oui, vous et votre mal-être ! ». Les gens croyaient que j'étais mal, non ce mal-être était avant, avant j'étais mal... Les gens croient qu'il y a quelque chose qui ne va pas, non je vais très bien moi, j'ai peut-être moins de problème que certains, je ne vais pas plus mal que quelqu'un d'autre...

Je suis quelqu'un de fier même transsexuelle, beaucoup me disent, non, non tu n'es plus transsexuelle, tu es une femme maintenant à part entière... Pour moi la transsexualité, elle va continuer jusqu'à ma mort, parce que je n'ai pas d'utérus, j'ai pas ceci j'ai pas cela, j'ai tout mon passé que je ne renie pas, je ne peux pas faire comme si je n'avais pas eu ce passé, il faut l'accepter. Je n'ai pas honte et aucun regret d'être transsexuelle, bon c'est évident que si j'avais pu choisir... Je n'ai pas demandé à être comme ça. Quand un enfant naît et si c'est un garçon, plus tard on veut pas qu'il fasse de danse car s'est réservé aux filles. Et pour les filles, c'est pareil si elles adorent bricoler car j'en connaît une, et pour Noël sa mère savait pas quoi lui offrir, je lui ai dit qu'elle pouvait lui prendre une panoplie du bricoleur, elle m'a dit « ah non, non c'est une fille surtout pas il lui faut une poupée » si elle aime ça pourquoi pas...

*Et votre entourage proche, vos amis sont-ils au courant ?*

Ceux d'avant, nul zéro, ça a été le carnage... Mes anciens collègues de travail que j'allais voir de temps en temps, j'appelais mais bon ! Quand je l'ai rencontrés en ville, ils étaient très gênés... On buvait un café et puis quand je leur demandais « De quel côté vous allez », ils me disaient par-là, « oh j'y vais aussi », finalement ils allaient autre part, tu vois le genre... Bon d'accord j'ai compris. Et puis bon j'avais très peu d'amis, j'étais assez renfermée, je me rappelle je rentrais chez moi, je sortais juste pour faire les courses puis je rentrais, je sortais peu. C'était pas la solitude mais l'isolement, aujourd'hui j'aime le contact avec les autres mais bon c'est vrai que j'aime bien avoir mes petits moments à moi être seule, écrire...

Mais maintenant, je sors, je peux converser sans problème. Mon amie J. a coupé les ponts au début parce que pour elle ça allait pas, ma façon de m'habillais, je mettais des caleçons qui collent bien à la peau, elle me disait que je m'habillais comme un travesti, un homme qui s'habillent en femme, elle me considérait encore comme un mec. Pourtant on est très copines mais parfois c'est vrai elle pense à moi comme si j'étais encore un mec et que je vais lui sauter dessus alors que c'est pas le cas, c'est assez ambigu et pourtant depuis le temps, enfin... Elle avait peur que si je la touche, ben voilà, alors que moi je suis très contact j'aime le contact, toucher les gens et c'est pas pour autant que je veux faire des avances...

J'aime bricoler, une fois j'avais la perceuse dans les mains, et mes voisins mon dit que je perçais comme un mec, que j'avais la poignée... d'ailleurs le comble c'est que mes voisins du dessous, le mari est un ancien militaire, et il faisait partie de ceux qui me surveillaient quand j'y travaillais. Chose que je ne savais pas, c'est que quand je travaillais, j'étais surveillée, c'est à dire que quand je sortais on le savait et tout ça quoi... Ils observaient ma vie privée, donc lui il sait ce que j'étais. Ils voulaient quoi, que je perce en talon haut avec finesse et légèreté, non, enfin... Peut-être que les femmes ont du mal à percer, je ne sais pas... Mon ami me le disait au début, car j'adore siffler et il me disait qu'une femme ne fait pas ça... (soupir) c'est vrai que je suis tombée sur des gens qui m'imposaient une conduite, « non ne fais pas ça, les femmes ne

le font pas », comme par exemple, j'ai une mauvaise manie, quand je suis en pantalon et assise j'écarte les jambes, bon et bien on me le reproche.

Je préfère avoir peu d'amis, je me dit qu'il vaut mieux en avoir peu et être sur de leur sincérité. Si je rencontre une personne et si ça ne lui plaît pas et qu'elle se détourne, je me dit bon ben là, je ne perds pas de temps, je n'ai même pas le temps d'être déçue et je me dis presque bon débarras ! Voilà, parce que la curiosité malveillante elle va voir ailleurs... Mes amis sont ceux qui m'acceptent, je n'ai pas besoin de me justifier, du moment que je suis heureuse et bien dans ma peau, je pense qu'ils préfèrent me connaître comme je suis aujourd'hui que quand...qu'il y a 12 ans. Mais bon c'est vrai que c'est dur aussi, pour eux car je leur lance des interrogations, ils me le disent, enfin pas tous...(silence).

Par contre là où je me sens bien c'est vraiment quand je joue une pièce de théâtre, je me sens bien je rencontre des personnes qui sont formidables avec une ouverture d'esprit, c'est...

*Comment vous vous sentez justement quand on vous dit qu'une femme ne réagit pas comme ça ou comme ci ?*

Je roule dans les brancards, oui, je dis bon ... mais disons que c'est plus ça maintenant, c'est moins évident maintenant, les gens n'osent pas dire ou n'osent plus. Mais bon maintenant c'est plus ça, c'est vrai au début, mais bon ça faisait partie de ma personnalité, je suis plutôt quelqu'un de rebelle, je suis féminine, mais pas maniérée. Les gens qui me connaissent bien le savent et acceptent sinon...

Je ne pense pas au sexe, j'y pense bien sur quand je suis bien avec quelqu'un, mais ce n'est pas primordial, ce n'est pas ce qui m'intéresse en premier lieu . C'est la relation humaine qui m'intéresse. L'échange pour moi est important, l'échange ne se réduit pas au sexe...J'aime recevoir et donner...

*Pouvez vous ma parlez de votre qualité de vie avant votre transition ?*

La qualité de vie, à quel niveau ?

*Qualité de vie au sens de relations affectives, sociales, votre intégration socio-professionnelle.*

...Ce qui a été bien c'est que j'ai toujours mangé Bio, donc pour le traitement hormonal, ça a été bénéfique, c'était sein. Donc j'avais une bonne hygiène de vie...Petite anecdote, pour le changement d'état civil, j'ai été voir la psychiatre de l'équipe officielle de M..., au départ c'est vrai qu'elle n'était pas tout de suite d'accord. Quand je suis venue la voir, que le lui ai dit que j'étais sans travail que je n'avais pas de petit ami. Elle m'a dit qu'il fallait que je revienne la voir parce que c'était pas bien, comme quoi je n'avais pas de vie affective. Sur le coup je n'ai pas réagi, mais il n'y a pas que ça dans la vie, c'est pas parce que je n'ai pas de petite amie et pas de travail en plus ce n'est pas moi qui est voulu partir, la mutuelle où j'étais est tombée et voilà...

Avant j'avais très peu de relations avec les femmes, je n'ai couché qu'avec une seule femme, j'ai été déçu dans le sens où je n'étais pas à l'aise, quand j'ai eu cette relation je me suis mis à sa place c'est à dire qu'en fait... mon pénis pénétrait un vagin, mais en fait je faisais comme si c'est moi qui avait le vagin...je le ressentais comme si j'étais une femme, je le ressentais au niveau féminin, je construisais ma relation sexuelle à partir de ça, c'était plus facile pour moi. Pour moi je n'avais pas de pénis qui pénétrait, intérieurement j'étais le femme...Aujourd'hui j'ai un vagin que j'aime bien, mais pour moi ça ne se résume pas qu'à ça, il y a plus que ça,

être une femme ne se résume pas à un vagin, donc...Inutile de te dire que je n'avais même pas de relations sentimentales avec les filles, ...Parce que je pense qu'elles sentaient qu'il y avait quelque chose par rapport au travestissement, je m'explique quand je parle de travestissement là, c'est parce qu'à l'époque c'était pas quand j'étais habillée en femme que j'étais travestie, c'était quand j'étais habillée autrement donc elles devaient voir que je n'étais pas moi dans ses vêtements, je n'étais pas crédible, même si je n'aime pas ce mot, en mec, et donc ça ne les intéressait pas. Elles devaient le sentir. Je n'avais pas de relations affectives, les hommes ça ne m'intéressait pas...Je courrais après une image de la femme, je prenais beaucoup de photos de femmes, je me cherchais dans les catalogues, les revues...Parce qu'en quelque sorte je voulais être comme elle...Mais après quand j'ai eu, quand j'ai pu être moi là c'était...Je n'avais plus besoin de m'identifier à quelqu'un, comme elles, j'étais comme elles ...Sauf que je n'avais pas beaucoup de poitrine donc là...J'aurais voulu en avoir plus, je comparais et maintenant ça va...(silence). Ce qui m'intéresse c'est l'être humain, tu vois, je fais la distinction bien sûr entre un homme et une femme, mais pas comme vous vous la faites, aussi franche...Avec un homme je me sens bien et avec une femme aussi, pour moi c'est un être humain et puis voilà. Quand je suis avec une femme je ne vois pas l'homosexualité, je me suis interrogé... tout de suite je suis seule, célibataire, j'ai d'autres choses en tête pour le moment...

*Désirez-vous avoir des enfants ?*

...Non, non parce que...bon j'en ai souffert quand on m'a parlé de la stérilité, mais bon, je me suis dit que bon il n'y avait pas que ça, c'est pas obligatoirement ça, une femme n'est pas obligatoirement faite pour féconder, avoir des enfants...Et puis je me crée autre chose, le livre que je suis entrain d'écrire c'est mon bébé...La difficulté est là aussi, je préfère rencontrer des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, moi ce que je vois c'est que les femmes qui ont eu des enfants, ...tout tourne autour de leurs enfants...Après la représentation de théâtre l'an dernier, pendant le repas elles parlaient toutes de leurs enfants, alors j'essayais un petit peu de prendre part mais bon...Je sais que ça peut paraître égocentrique, égoïste, ce que tu veux mais c'est comme ça (rire)...

*Je vais revenir sur la réassignation hormono-chirurgicale, êtes vous satisfaite dans l'ensemble ?*

Oui et non...Oui parce que j'aime mon corps, j'aime ce qu'on a fait, au début je me regardais tout le temps, je...c'était très beau, d'ailleurs je n'ai pas eu de remarques de la part de, mes partenaires au contraire...(rire). Je suis très satisfaite...Par contre le hic c'est que mon vagin ...n'est pas sensible, même au bout de 7 ans. Bon le vagin je le savais, je m'étais renseignée, mais par contre le clitoris n'est pas fonctionnel, et même parfois ça me fait pleurer, j'ai du mal...Mais l'essentiel n'est pas là on va dire...Mais c'est vrai que parfois j'éprouve de la jalousie envers les femmes qui peuvent se...lâcher, moi je peux pas. Bon ben j'essaie de prendre du plaisir autrement. Mais bon ce qui m'énerve c'est que ça me fait penser à avant...Parfois ça me pèse vraiment. Attention je n'ai pas dit que j'ai des regrets, non bien sûr que non, je le voulais ardemment et je ne regrette rien je le referais s'il le fallait mais...Je comprends qu'une femme transsexuelle refuse de se faire opérer, c'est comme pour l'inverse, là l'opération est très difficile et délicate. Là on accepte bien que la phalloplastie ne soit pas obligatoire pour être un trans, un FtoM...C'est comme pour les intersexués, on est très gêné d'avoir des inter-sexués, le chirurgien dit « je vous recommande de faire ça » et puis la pauvre personne plus tard elle se dit « merde, moi je me sentais plutôt comme ça, on dit « oui, mais

vous rendez vous compte que si on laisse faire, on va se moquer de lui ou d'elle ». Attends c'est elle qui va construire sa personne et si on se moque, on lui apprend, elle va apprendre à se défendre. Ceux qui se moquent c'est peut-être des gens mal éduqués, voilà... Tu sais qu'il y a beaucoup d'intersexués qui deviennent transsexuelles (*je lui fit signe de la tête*). On fait malheureusement parfois n'importe quoi...

*Est-ce que je peux vous demander de vous décrire en 5 adjectifs avant votre transition ?*

Avant...intro non c'est pas ça, plutôt renfermée, renfermée mais j'aime bien parfois la solitude, ...Je pensais pas bancal non surtout pas, mais...molle, seule, ça me reviendra peut-être après...car là j'ai du mal...j'étais pas moi, ce qu'on voyait n'était pas moi.

*Et aujourd'hui ?*

Maintenant, radieuse, pleine de vie, sereine,...j'aime être touchée par la vie, je suis C et voilà, bon ce n'est pas un adjectif mais...

*Au moment de la transition quelle image aviez-vous de vous dans dix ans ?*

...C'est vrai qu'on a tendance à idéaliser les choses, à rêver en se disant « ça y est ! tout va être beau... ». Petit à petit on tombe un peu de haut, petit à petit c'est graduel. Après l'opération, il y a parfois des petits trucs qui ne vont pas, comme moi, ce qu'il m'est arrivé... Maintenant je vis même avec certaines difficultés mais comme tout le monde, et puis le jour où ça viendra ça viendra, je n'ai pas peur de la mort, c'est la complémentarité de la vie, donc...Voilà.

*Comment vous êtes-vous reconstruit dans votre nouvelle identité ?*

Comment je suis arrivée à me reconstruire...Là, je ne pense pas que c'est entièrement par moi-même, c'est difficile par soi-même...Il y a un phénomène de sortie, on essaie de voir des gens, de tomber au moins sur une personne qui puisse aider. Ce qui est bien d'avoir un ami comme j'ai eu qui comprend, qui reste et qui accepte, qui épaulé. Je crois qu'on se construit par, un petit peu par des images, on essaie de se construire par ça. Donc, c'est presque un petit peu, je n'aime pas ce terme là, de copier quoique...Dans le sens où il faut bien s'appuyer sur quelque chose, sur un modèle...(silence). Il fallait que les autres me voient, on se construit par le regard des autres. Ah oui, ça c'est important, le regard des autres, je crois que...vraiment c'est important le regard des autres, ce qu'ils nous renvoient, de voir comment l'autre réagit, automatiquement quand l'autre réagit ça veut dire que...Qu'on est pas anodin. On est pas invisible, on est pas rien, on ne se cache pas, ça c'est important. Bon après il y a le regard de l'autre dans le sens où il ne comprend pas où il se moque... Ça nous aide aussi...Contradictoirement. Et puis j'ai beaucoup réfléchi, je me suis posait beaucoup de questions, bon je suis déjà quelqu'un qui se pose beaucoup de questions en général...On me disait que je me posais trop de questions en me disant que la vie était beaucoup plus simple. Je me dis qu'il faut un minimum de conscience pour faire ce parcours. Bon je suis prétentieuse, mais je me décrit comme prétentieuse, je me dit que la vie est une prétention parce que prétendre qu'on peut aller au delà de ce qu'on a atteint déjà, je prétend aller au-delà de ce que...Mais bon maintenant le mot prétentieuse sonne mal, c'est péjoratif d'être prétentieuse...Je préfère aller plus loin que certaines personnes qui s'arrêtent au minimum...

Quand je parlais du regard de l'autre, d'ailleurs j'adore être prise en photos, me regarder, donc c'est sur que le regard de l'autre est très important, j'aime ce regard qu'on me porte et j'en ai besoin, j'ai une amie qui aime beaucoup mes jambes, elle me dit même qu'elle aimerait avoir les mêmes, ça me flatte...

Ce qui m'aide beaucoup c'est le fait d'écrire, j'écris tout ce que je ressens, je veux laisser une trace, s'il m'arrive quelque chose je veux pouvoir aider une personne qui est mal dans sa peau, je veux qu'elle puisse voir à travers mon histoire que la vie vaut le coup...

Ça se passe bien pour moi, je suis soutenue quand ça va pas j'appel un ami pour me remonter.

*Justement avez-vous ressenti le besoin de suivre une psychothérapie après votre transition ?*

Oui, mais pour des problèmes extérieur à ma transsexualité, il y a parfois des coups durs...mais bon ça sort du sujet, donc...

*Quelles sont les raisons qui vous ont amenées à accepter cet entretien ?*

Parce que j'ai envie...J'aime bien parler, voir comment je peux en parler avec du recul. Ça me fait réfléchir en parlant comme ça, je comprends à chaque fois quelque chose en plus...J'avais envie de faire partager mon expérience, mon histoire, j'aime bien amenées mes idées. A travers mon témoignage, je crée un contact...Je redoute l'isolement et ça me permet justement de ne pas entrer dans l'isolement, je peux m'ouvrir aux autres. Avant j'étais déjà plus ou moins rebelle et là je le suis encore plus...Justement je souhaite que les transsexuelles n'est pas le profil bas, qui veulent vivre dans l'anonymat, se cacher. Je trouve ça bien dommage, ils font ce qu'ils veulent bien sur. Moi, je suis transsexuelle jusqu'à ma mort. Passé un moment j'avais du mal à accepter ma voix, parfois on me dit Monsieur au téléphone, je rectifie Madame. Je ne vais pas voir d'orthophoniste je n'ai pas fait de rééducation vocale. Il y a bien une chanteuse qui avait une voix grave... « Cher », elle a même une voix plus grave que moi. Donc j'ai appris à vivre avec et puis elle est pas si grave que ça...Au théâtre, on m'a dit de garder ma voix, au contraire elle porte... Pour en revenir à l'entretien ça ma fait du bien et puis en plus si ça peut aider à mieux comprendre ce qu'on ressent, le bien-être qu'on éprouve de nous avoir permis de vivre et d'être reconnue, d'être acceptée.

*Y-a t-il quelque chose dont on a pas parlé et que vous souhaiteriez rajouter ?*

Non, je ne crois pas, la seule chose mais je vais me répéter je me sens emplie d'une sérénité que je n'avais jamais ressenti avant, je n'oublie pas mon passé car c'est grâce à ça que je suis ce que je suis aussi.

