

UNIVERSITE DE PARIS 8

**Mémoire de maîtrise
de psychologie clinique et pathologique**

**LA SEXUALITE
DES "TRANSSEXUELS"
(Syndrome de Benjamin)
approche ethnopsychiatrique**

Présentation :
Tom REUCHER - 74014

Sous la direction de :
Nathalie ZAJDE

Session de septembre 2000

Remerciements,

aux personnes sans qui ce travail n'aurait pas été possible :

à Anna, Axelle, Yoann et Evrard (qui se reconnaîtront) pour leur témoignage et leur grandes qualités humaines.

aux personnes dites "transsexuelles" qui ont fait confiance et ont participé au questionnaire.

aux personnes anonymes, non-"transsexuelles", qui ont fait de même.

à l'Association du Syndrome de Benjamin et l'Association d'Aide aux Transsexuels.

à Joëlle, Pascale, Danielle, Isabelle, Natacha, Vincent, Loïc et Antoine pour leur lecture attentive et critique.

à Françoise SIRONI pour son soutien efficace et dynamisant.

au groupe de recherche qui me nourrit, Françoise SIRONI, Lucien HOUNKPATIN, Annick DOLEDEC et Jean-Luc SWERTWAEGHER.

à Nathalie ZAJDE et Tobie NATHAN qui m'ont accueilli au Centre Georges Devereux.

LA SEXUALITE DES "TRANSSEXUELS"

« Tant que les lions n'auront pas leurs propres historiens, les histoires de chasse continueront de glorifier le chasseur. »

(Proverbe africain)

SOMMAIRE

PARTIE 1 : INTRODUCTION A LA QUESTION "TRANSSEXUELLE"

1. INTERET DU THEME DE RECHERCHE	4
1.1. MOTIVATION	4
1.2. QUESTIONS DE RECHERCHE	6
2. CONFUSIONS TERMINOLOGIQUES	7
2.1. IDENTITE SEXUELLE, IDENTITE DE GENRE, IDENTITE SEXUEE	8
2.2. FEMININ, MASCULIN, FEMINITE, MASCULINITE.....	9
3. QU'EST-CE QUE LA "TRANSSEXUALITE" ?	12
3.1. LES DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS "TRANSSEXUEL" EN FRANCE.....	15
3.1.1. Phase 1 : observation	15
3.1.2. Phase 2 : hormonothérapie.....	16
3.1.3. Phase 3 : chirurgie	17
3.1.4. Phase 4 : changement d'état-civil.....	18
4. THEORIES SUR LA QUESTION "TRANSSEXUELLE"	19
4.1. LES COURANTS PSYCHIATRIQUES	19
4.2. LES COURANTS PSYCHANALYTIQUES	21
4.3. LES COURANTS SOCIOLOGIQUES	30
4.4. LE COURANT ETHNOPSYCHIATRIQUE	32
4.5. LE GROUPE DE RECHERCHE SUR LA "TRANSSEXUALITE"	36
4.6. LE DIAGNOSTIC DE "TRANSSEXUALISME"	36

PARTIE 2 : A PROPOS DE LA SEXUALITE

5. LA SEXUALITE	39
5.1. PETIT HISTORIQUE	39
5.2. ACTUELLEMENT.....	44
6. METHODOLOGIE	50
6.1. HYPOTHESES PRINCIPALES.....	50
6.2. HYPOTHESES SECONDAIRES	50

6.3.	LES QUESTIONNAIRES.....	51
6.4.	LES ENTRETIENS.....	53
6.5.	LES POPULATIONS	54
7.	RESULTATS ET DISCUSSION.....	55
7.1.	VALIDITE DES HYPOTHESES	56
7.1.1.	Femme, homme, féminité, masculinité.....	56
7.1.2.	Tableaux récapitulatifs pour la discussion	63
7.1.3.	Sexe psychologique et identité sexuée.....	66
7.1.4.	Sexe psychologique et attirance affective et sexuelle	66
	<i>Ce que les personnes nous disent de leur AAS.....</i>	<i>67</i>
7.1.5.	Identité sexuée et attirance affective et sexuelle.....	68
7.1.6.	Spécificité de la sexualité des personnes SB.....	69
	<i>Comment les SB considèrent leur corps et leur sexe.....</i>	<i>82</i>
	<i>Les hormones.....</i>	<i>87</i>
	<i>Les rêveries érotiques ou fantasmes.....</i>	<i>89</i>
7.2.	VALIDITE DU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE	91
7.2.1.	Le questionnaire SBM G2-25.....	93
7.3.	LE PARCOURS MEDICAL COMME MODE DE FABRICATION	95
7.4.	NOUVELLE VISION DE LA PROBLEMATIQUE	98
7.5.	PSYCHOTHERAPIE ET AIDE A L'AUTODIAGNOSTIC	100
8.	CONCLUSION	103
8.1.	PISTES DE RECHERCHES FUTURES	105
9.	BIBLIOGRAPHIE	107

TOME 2 : ANNEXES

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX NON-SB (NON-"TRANSSEXUELS").....	ANNEXE A
QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SB ("TRANSSEXUELS")	ANNEXE B
ITEMS DU BSRI, CORRESPONDANCES ANGLAIS - FRANÇAIS - PARIS 8.....	ANNEXE C
INTERVIEW N°1, ANNA, NOUVELLE FEMME.....	ANNEXE D
INTERVIEW N°2, YOANN, NOUVEL HOMME.....	ANNEXE E
INTERVIEW N°3, AXELLE, NOUVELLE FEMME	ANNEXE F

INTERVIEW N°4, EVRARD, NOUVEL HOMME	ANNEXE G
DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES ET TABLEAUX COMPARATIFS.....	ANNEXE H
LES COMMENTAIRES DES QUESTIONNAIRES DES SB ("TRANSSEXUELS").....	ANNEXE I
LES QUESTIONS OUVERTES DU QUESTIONNAIRE.....	ANNEXE J
ADRESSES DES ASSOCIATIONS FRANÇAISES.....	ANNEXE K
BIOGRAPHIES "TRANSSEXUELLES" EN LANGUE FRANÇAISE	ANNEXE L

LA SEXUALITE DES "TRANSSEXUELS"

PARTIE 1

INTRODUCTION A LA QUESTION "TRANSSEXUELLE"

1. INTERET DU THEME DE RECHERCHE

La recherche permet de mieux comprendre la question "transsexuelle", mais aussi le "normal" et le "pathologique". Elle fait également avancer la théorie.

La question "transsexuelle" fait très souvent "effraction" chez les individus. Les médias se servent de ce sujet pour augmenter leurs ventes. Ils refusent très souvent les discours qui ne leur conviennent pas, les discours sociaux, politiques ou militants. Il est même arrivé que des journalistes paient des "transsexuels" afin qu'ils leur fournissent des faux témoignages à sensation¹...

Par ailleurs, la plupart des auteurs ne perçoivent que partiellement cette problématique, ils n'ont pas une vision de l'intérieur : n'étant pas "transsexuel", ils ne comprennent pas ce que vivent les personnes concernées. Ils s'arrêtent aux apparences, c'est-à-dire à la face visible de l'iceberg. Quand ces auteurs sont "effractés", ils ne s'aperçoivent pas que leur vision est déformée par "l'effraction", et que la face visible de l'iceberg n'est pas la réalité "transsexuelle". L'effraction est perceptible chez un interlocuteur quand il change d'attitude à l'annonce du problème. Il se recule sur sa chaise, son visage change d'expression, il se ferme ou reste figé, il bégaye ou rit, ses yeux s'arrondissent ou il regarde ailleurs...

Anita HOKARD, psychologue, (1980), en témoigne dans *La question transsexuelle*, ouvrage collectif sous la direction de Joseph DOUCÉ, (1986), p. 44 : « Disons-le tout net, il n'existe pas de rapports à un transsexuel qui aillent de soit. La transsexualité ébranle les repères de notre univers sensé à partir duquel chacun de nous s'est constitué, existe, se définit. C'est dire qu'une telle relation nous menace toujours «quelque part». Le praticien («psy», chirurgien, endocrinologue) n'échappe pas à ces effets. Le problème que le transsexuel lui présente déborde l'individu, envahit la relation et implique le praticien lui-même. Ce phénomène, qui peut se rencontrer ailleurs, joue dans ce cas précis un rôle particulièrement déterminant — dont on parle peu — et qui doit peser lourd au moment de se prononcer sur le traitement à adopter (et notamment sur l'éventualité d'une opération). Outre les phénomènes de transfert, contre-transfert, d'identification, etc., nous pensons surtout à l'angoisse de castration qui se trouve ainsi réactivée chez le praticien. Notre propre expérience nous l'a montré, il semble que nous vivions mieux le phénomène quand le changement souhaité va dans le sens de notre propre sexuation. ».

1.1. MOTIVATION

J'ai mis dix ans pour sortir de la honte, dix ans pour accepter d'être pleinement qui je

¹) Communication personnelle.

suis, dix ans pour ne plus me considérer comme un malade, un "anormal". Non, je ne suis ni fou, ni idiot, ni malade, je suis un être humain tout simplement.

Pourquoi me suis-je construit comme un homme, alors que mon sexe était sans ambiguïté celui d'une femme ? Même après dix ans de psychothérapie et d'analyse, je ne le sais toujours pas. Aussi loin que je sois remonté, les faits étaient déjà ainsi. J'ai tenté de modifier ce sentiment profond d'être un homme, mais sans succès.

Progressivement, je suis devenu militant. Dans un premier temps, j'ai rejoint le milieu associatif pour m'informer. C'est là que j'ai rencontré le Pasteur psychologue sexologue Joseph DOUCÉ. Il a étudié à l'Université Libre d'Amsterdam avant de s'installer en France. A l'époque, il n'y avait que le Centre du Christ Libérateur (CCL), association loi de 1901, qu'il avait créé en 1976, et qui s'occupait des "minorités sexuelles", dont les "transsexuels/les". Après sa disparition brutale², la nécessité d'une association spécifique se faisait cruellement sentir. De plus, la façon dont nous étions traités par les médecins, les juges, les experts... m'avait motivé. Nous avons créé l'Association du Syndrome de Benjamin en mars 1994, confirmant ainsi, sans le savoir, les thèses de Tobie NATHAN (1997) sur les "patients experts" et les groupes associatifs militants.

Tobie NATHAN (1997), pp. 21-22, « Mais, de nos jours, il existe une complexité supplémentaire. Quelquefois, ce sont les concepts fabriqués par les praticiens qui se révèlent être à l'origine de la constitution de groupes sociaux réels.

[...]

De même, la description par Benjamin, puis par Stoller, des «transsexuels» amène-t-elle progressivement des individus à se constituer en groupe social, puis en groupe de pression, exigeant des interventions chirurgicales des médecins, les modifications d'état-civil des autorités administratives... Ici, le groupe originellement défini par un concept biopsychanalytique — ils se nomment eux-mêmes benjaminites (du nom de leur «créateur») — tend à se constituer en groupe de pression, contraignant les professionnels à créer des codes de déontologie, une nouvelle morale, voire une nouvelle philosophie.

Ainsi, doit-on se rendre à l'évidence : les pratiques sociales, que sont toujours les applications des sciences humaines, sont à l'origine de la création de nouveaux groupes sociaux qui viennent ensuite questionner leurs démiurges. »

Les membres de l'association sont devenus des experts médicaux et juridiques sur la question "transsexuelle". L'ASB a même rédigé une proposition de loi qu'elle cherche à faire voter afin de faciliter les prises en charges thérapeutiques et les changements d'état-civil, et elle organise "L'EXISTRANS" une marche annuelle pour faire connaître ses

²) Assassiné mystérieusement en 1990, la justice traîne à faire toute la lumière sur cette affaire... Le lecteur trouvera des informations plus complètes dans *Le scandale d'une disparition. Vie et oeuvre du Pasteur Doucé* de Françoise D'EAUBONNE (1990).

revendications en ignorant tout des faits dont Tobie NATHAN parle. De même, les fondateurs de l'ASB ont aussi fait référence au Dr BENJAMIN dans le nom de leur association car ils le considèrent comme le fondateur de la reconnaissance et de la définition de la "transsexualité".

1.2. QUESTIONS DE RECHERCHE

La pornographie utilise largement l'image des "transsexuelles" et des transvesties pour s'attirer de la clientèle. Une image ambiguë, ("femme à verge" ou homme portant des sous-vêtements érotiques féminins), associée au terme "transsexuel", est systématiquement mise en avant. C'est cette image qui prévaut souvent dans les esprits : "transsexuel" égal sexualité débridée et anormale. D'un autre côté d'autres personnes tentent de faire passer une image du "transsexuel" sans sexualité. Qui a raison ?

Quelle est la réalité de cette sexualité ?

Y a-t-il une spécificité de la sexualité des personnes dites "transsexuelles" ?

Les rêveries érotiques jouent-elles un rôle dans la sexualité des "transsexuels/les" ?

La plupart des psychiatres font de la recherche. Le Docteur Bernard CORDIER de la principale équipe médicale parisienne charge une psychologue de faire passer des tests de raisonnement, de QI et des tests projectifs. Il demande aussi aux candidats "transsexuels" de lui décrire ce qu'est une femme, un homme, le féminin et le masculin.

Les "transsexuels", comme les non-"transsexuels" peuvent-ils définir ce qu'est une femme, un homme, le féminin et le masculin ?

Mon idée est de prendre une des portes d'entrée du diagnostic de la psychiatrie française à l'aide d'un questionnaire. Jusqu'à présent, mes lectures n'abordent pas la question de la sexualité des "transsexuels/les" de façon concrète. Seule l'attirance affective et sexuelle est abordée et le fait que la personne ai eu ou non des rapports sexuels, alors que ce n'est pas là la question. Les psychiatres des équipes médicales et les différents auteurs pensent l'identité sexuée³ et l'attirance affective et sexuelle comme faisant partie de la même entité. De même, aucun ne différencie le sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme (sexe psychologique) de la féminité ou la masculinité, alors que cela me semble indispensable. Pour eux, il s'agit d'une seule et même chose qu'ils associent. Cette distinction n'a jamais été démontrée.

Peut-on faire ressortir le lien ou l'indépendance des items suivants : sexe psychologique, identité sexuée et attirance affective et sexuelle ?

³) Pour tous les auteurs, L'IDENTITE SEXUEE OU L'IDENTITE DE GENRE est la féminité ou masculinité et correspond à l'identité de femme ou d'homme. Par ailleurs, aucun des auteurs ne définit le féminin, le masculin, la féminité et la masculinité. De quoi s'agit-il du point de vue psychologique ?

2. CONFUSIONS TERMINOLOGIQUES

Chaque auteur emploie ou crée sa terminologie en fonction de sa théorie. Certains de ces termes sont différents pour décrire une même réalité, d'autres sont semblables mais ne correspondent pas à une même réalité chez les différents auteurs, ce qui crée une confusion. Je reviendrai sur ces auteurs dans le point 4 exposant les théories des différents courants. Ils ont tous en commun de désigner les personnes dites "transsexuelles" par leur sexe de naissance. En faisant cela, ils nient le sexe psychologique des personnes concernées. C'est un manque de respect et une disqualification de la compétence de la personne à pouvoir décrire son monde interne, à pouvoir se penser.

Dans *La sémentique et ses mensonges*, Denise VANNEREAU, (1986), p. 127, fait le même constat : « Ansi, dans tous les cas, on désigne un transsexuel sous l'appellation trompeuse et offensante de son seul sexe anatomique, tandis qu'on passe délibérément sous silence son sexe fondamental, qui est le sexe psychologique... »

IL N'Y A PAS DE MEILLEURE MANIERE D'HUMILIER UN TRANSSEXUEL QUE DE LUI INFLIGER UNE DENOMINATION QUI VA A L'INVERSE DE SA CONVICTION... car la conviction d'un transsexuel est le siège de sa vraie nature. »

On constate que :

Janice RAYMOND utilise les expressions "HOMME-DEVENU-FEMME-FABRIQUEE" et "FEMME-DEVENUE-HOMME-FABRIQUE" pour désigner les "*transsexuels/les*" qu'elle tente de rendre ridicules de cette façon.

Catherine MILLOT emploie les termes HOMME TRANSSEXUEL, TRANSSEXUEL pour parler des *hommes de naissance* (conversion homme vers femme) et FEMME TRANSSEXUELLE, TRANSSEXUELLE pour les *femmes de naissance* (conversion femme vers homme).

En 1968, Robert J. STOLLER utilise IDENTITE DE GENRE (gender identity) et GENRE (gender) pour *féminin, masculin, féminité, masculinité*. Son identité de genre se trouve confondue avec le sentiment d'être fille/femme ou garçon/homme. Il parle aussi de TRANSSEXUALISME VRAI/FAUX ou PRIMAIRE/SECONDAIRE, il reviendra sur ces derniers termes en 1985.

Claude CREPAULT utilise les mêmes termes et dans le même sens que Robert J. STOLLER, (IDENTITE DE GENRE et GENRE), auxquels il ajoute GENRALITE, MALITUDE, FEMELITUDE...

Jacques BRETON emploie les expressions TRANSSEXUEL MASCULIN, TRANSSEXUALISME MASCULIN pour désigner les *hommes de naissance (H->F)* et TRANSSEXUEL FEMININ, TRANSSEXUALISME FEMININ pour les *femmes de naissance (F->H)*. De même, il reprend de STOLLER (1968) TRANSSEXUALISME VRAI/FAUX ou PRIMAIRE/SECONDAIRE. Pour lui TRANSSEXUALISME est une *tendance* et TRANSSEXUALITE un *état*.

Patricia MERCADER parle d'IDENTITE SEXUELLE pour pour *féminin et masculin*.

Joseph DOUCÉ utilise IDENTITE SEXUELLE pour le *sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme et féminité, masculinité*.

Alors que Sylvie VAROQUI, dans le même ouvrage, emploie le terme SEXE PSYCHOLOGIQUE pour le *sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme et féminité, masculinité*.

Les auteurs de *Médecine transsexualisme et droit*, (1995) utilisent IDENTITE SEXUELLE ou IDENTITE DE GENRE en traduction de *gender identity* (dans le même sens que STOLLER).

Quant à Colette CHILAND, elle préfère TRANSSEXUEL MALE, TRANSSEXUEL, TRANSSEXUEL MF pour *homme de naissance (H->F)* et TRANSSEXUELLE FEMELLE, TRANSSEXUELLE, TRANSSEXUELLE FM pour *femme de naissance (F->H)*, SEXUE pour ce qui relève de la *différenciation des sexes*, SEXUATION et SEXUEL pour ce qui relève de la *sexualité*.

Elle a créé les termes IDENTITE SEXUEE pour *féminin, masculin, sexe psychologique* en traduction de *gender identity* (identité de genre). Elle différencie trois sexes : 1-SEXE BIOLOGIQUE, 2-SEXE SOCIAL/ROLE SOCIAL, 3-SEXE PSYCHOLOGIQUE (IDENTITE SEXUEE).

Afin de simplifier la lecture, J'emploierai les termes : SEXE PSYCHOLOGIQUE pour le *sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme*, IDENTITE SEXUEE pour *féminité et masculinité*, et ATTIRANCE AFFECTIVE ET SEXUELLE pour *orientation sexuelle (ou choix d'objet)*.

2.1. IDENTITE SEXUELLE, IDENTITE DE GENRE, IDENTITE SEXUEE

Dans *L'identité sexuée*, Gaïd LE MANER-IDRISSI, (1997), présente les différents modèles théoriques sur la question : la biologie, le social et la capacité pour l'enfant de s'approprier les rôles sexués. Pages 17-18, l'auteure nous présente les définitions de l'identité sexuelle, identité de genre, identité sexuée.

« L'identité sexuelle a été définie par Green (1974, 1987)⁴ comme étant la résultante de trois dimensions :

- la première, c'est la conviction intime d'être garçon ou fille ;
- la deuxième concerne l'adoption de comportements, qui dans chaque culture, sont propres aux garçons et aux filles, aux hommes et aux femmes ;
- la troisième porte sur le choix du partenaire sexuel masculin ou féminin. »

Sa définition correspond respectivement à ma proposition : 1-sexe psychologique, 2-identité sexuée et 3-attirance affective et sexuelle, (qui ne concerne pas l'enfant).

⁴) Les références bibliographiques concernant Richard GREEN sont absentes. Peut-être s'agit-il des ouvrages suivants : (1974), *Sexual identity conflicts in children and adults*, New York, Basic Book ; (1987), *The «sissy boy syndrome» and the development of homosexuality*, New Haven and London, Yale University Press.

« L'identité de genre fait référence au sexe social et psychologique. A l'inverse de l'identité sexuelle, l'identité de genre exclut la dimension sexuelle, c'est-à-dire tout ce qui a trait à la sexualité et aux relations qu'elle implique entre les sexes. Plus précisément, Unger définit l'identité de genre comme suit :

Le terme identité de genre peut être utilisé pour désigner les composantes non physiologiques du sexe qui sont actuellement perçues comme appropriées aux individus de sexe masculin ou aux individus de sexe féminin.

R.K. Unger, *Female and Male : Psychological Perspective*, New York, Harper & Row, 1979. »

Concernant l'identité sexuée : « L'ancrage biologique constitue ce que Chiland (1995) appelle le sexe d'assignation, c'est-à-dire le sexe donné à l'enfant à la naissance. Selon elle, le sexe biologique va déclencher dans l'entourage social, comme chez le sujet lui-même, des réactions différenciées en fonction de la catégorie-sexe d'appartenance. Dans cette perspective, le sexe biologique constitue un stimulus qui engendre des conduites particulières liées au sexe social. Le biologique et le psychologique sont, de ce fait, intimement liés. La notion d'identité sexuée recouvre cet aspect fondamental que constitue l'articulation entre : la dimension biologique (il existe deux sexes) et la dimension psychologique (l'appartenance à un groupe-sexe biologique implique que tout individu doit faire siennes les caractéristiques définies culturellement). »

C'est cette définition de l'identité sexuée que Gaïd LE MANER-IDRISSI utilise dans son ouvrage.

2.2. FEMININ, MASCULIN, FEMINITE, MASCULINITE

Dans le Petit Larousse, Dictionnaire de la langue française, 1989, on trouve les définitions suivantes :

« Féminin, e : 1. Propre à la femme. *Le charme féminin*. 2. Qui évoque la femme. *Des manières féminines*. 3. Qui a rapport aux femmes. *La mode féminine. Revendications féminines*. 4. Qui est composé de femmes. *Orchestre féminin*. 5a. Qui appartient au genre féminin. *Nom féminin*. b. Rime féminine, que termine une syllabe muette. »

« Masculin, e : 1. Qui appartient au mâle, à l'homme, qui a ses caractères. *Voix masculine*. 2. Qui est composé d'hommes. *Population masculine*. 3. Qui appartient au genre masculin. 4. Rime masculine : rime qui ne finit pas par un *e* muet ou une syllabe non muette. »

« Féminité : Caractère féminin ; ensemble des caractères propres à la femme. »

« Masculinité : Ensemble des traits psychologiques, des comportements considérés comme caractéristiques du sexe masculin. »

Dans le Robert, Dictionnaire de la langue française, 1997, on trouve les définitions suivantes :

« Féminin, ine : 1. Qui est le propre de la femme. *Organisme féminin. Appareil génital féminin.* — *Le sexe féminin : les femmes.* — *Grâce, douceur féminine, charme féminin.* => **féminité.** *L'intuition féminine. L'intelligence féminine.* LOC. L'ETERNEL FEMININ : les traits, considérés traditionnellement comme permanents, de la psychologie des femmes. 2. Qui appartient au sexe féminin. *Les personnages féminins d'un roman.* — *La population féminine d'un quartier.* 3 Qui a les caractères de la femme, tient de la femme. (En parlant d'une femme) *Elle est très féminine* : elle correspond à l'image stéréotypée de la femme, de la féminité. «*Cette femme si peu féminine redevient femme, comme on les aime*» (Henriot). (En parlant d'un homme) *Il a un beau visage, des traits un peu féminins.* => **efféminé.** 4. Des femmes, qui a rapport aux femmes. *Les revendications féminines.* => **féministes.** *Les succès féminins d'un homme, ses conquêtes amoureuses.* 5. Qui est composé de femmes. *Une équipe féminine. Un recrutement essentiellement féminin.* 6. RARE (animaux, plantes) => **femelle.** 7. GRAMM. Qui appartient au genre marqué (quand il y a deux genres). *Genre féminin. Nom, adjectif, article, pronom féminin.* — SUBST. *Le féminin. Ce nom est du féminin. Adjectif au féminin. Féminin syntaxique* (ex. une élève). => **épicène.** *Féminin lexical* (ex. une institutrice). *Mot qui n'a pas de féminin* (ex. Marie est un bon médecin). — VERSIF. *Rime féminine*, terminée par un *e* muet. CONTR. Masculin, viril. »

« Masculin, ine : I) 1. Propre de l'homme (II). => **mâle.** *Goûts masculins.* => **viril.** *Caractères masculins* (=> masculinité). «*ce fier, ce terrible et pourtant un peu nigaud de sexe masculin*» (Beaum). 2. Qui a les caractères de l'homme, tient de l'homme. *Voix masculine. Une femme assez masculine d'aspect.* => **hommasse ; virago.** 3. Qui a rapport à l'homme. *Métier masculin.* Composé d'homme. *Public masculin.*

II) 1. Qui s'applique aux êtres mâles, mais aussi, en français, à des êtres et à des choses sans rapport avec l'un ou l'autre sexe. «*Avion*» *est un nom masculin. Genre masculin. Mot, substantif, adjectif, article, pronom masculin.* — SUBST. *Le masculin : le genre masculin.* — Forme masculine. Le masculin d'un mot. 2. *Rime masculine*, qui ne se termine pas par un *e* muet. CONTR. Féminin. »

« Féminité : Caractère féminin ; ensemble des caractères propres à la femme. => **féminitude.** *Accepter, refuser sa féminité.* «*Le degré de "masculinité" ou de "féminité"*» (J. Rostand). — SPECIALT. Ensemble des caractères correspondant à une image sociale de la femme (charme, douceur, délicatesse) que l'on oppose à une image sociale de l'homme. *Cette jeune fille manque de féminité.* »

« Masculinité : 1. Qualité d'homme, de mâle. — Ensemble des caractéristiques masculines. => **virilité.** 2. DR. ANC. *Privilège de masculinité*, en vertu duquel dans les successions nobles,

en ligne collatérale et égalité de degré, en présence d'un héritier mâle, l'héritage ne pouvait revenir à une femme. *Le privilège de masculinité fut aboli en 1790* (cf. loi salique). 3. DEMOGR. *Taux de masculinité* : pourcentage des naissances masculines. CONTR. *féminité*. »

Du point de vue psychanalytique, Jean LAPLANCHE et Jean-Baptiste PONTALIS, (1967), pp. 230-231, écrivent dans leur dictionnaire concernant la féminité et la masculinité : « MASCULINITE - FEMINITE : Opposition reprise par la psychanalyse et dont celle-ci a montré qu'elle était beaucoup plus complexe qu'on ne l'admet généralement : la façon dont le sujet humain se situe par rapport à son sexe biologique est le terme aléatoire d'un processus conflictuel.

Freud a souligné la variété des significations que recouvraient les termes «masculin» et «féminin» : signification *biologique* qui réfère le sujet à ses caractères sexuels primaires et secondaires ; les concepts ont bien ici un sens précis mais la psychanalyse a montré que ces données biologiques ne suffisaient pas à rendre compte du comportement psychosexuel. Signification *sociologique* variable selon les fonctions réelles et symboliques à l'homme et à la femme dans la civilisation considérée. Signification *psychosexuelle* enfin, qui est nécessairement intriquée avec les précédentes, et notamment avec la signification sociale. C'est dire combien ces notions sont problématiques, et doivent être envisagées avec prudence ; c'est ainsi qu'une femme exerçant une activité professionnelle exigeant des qualités d'autonomie, de caractère, d'initiative, etc., n'est pas nécessairement plus masculine qu'une autre. D'une façon générale, ce qui est décisif dans l'appréciation d'une conduite par rapport au couple masculinité-féminité, ce sont les fantasmes sous-jacents que seule l'investigation psychanalytique peut découvrir.

La notion de bisexualité, qu'on lui cherche un substrat biologique ou qu'on l'interprète en termes d'identifications et de positions oedipiennes, implique chez tout être humain une synthèse plus ou moins harmonieuse et plus ou moins bien acceptée de traits masculins et féminins.

Enfin, du point de vue du développement de l'individu, la psychanalyse montre que l'opposition masculin-féminin n'est pas présente d'emblée pour l'enfant, mais est précédée par des phases où ce sont les oppositions actif-passif (*voir* : Activité-Passivité), puis phallique-castré qui ont une fonction prévalente, ceci pour les deux sexes (*voir* : Phase phallique).

Dans cette perspective, Freud ne parle de féminité par exemple que lorsque la petite fille a, au moins partiellement, réussi à accomplir sa double tâche : changement de zone érogène directrice (du clitoris au vagin) et changement d'objet d'amour (de la mère au père). »

3. QU'EST-CE QUE LA "TRANSSEXUALITE" ?

De quoi s'agit-il ? Certainement pas de sexualité, contrairement à ce que laisse penser le terme "transsexuel". Le "transsexualisme" n'est ni un fantasme, ni une sexualité, ni une perversion, ni une maladie mentale. C'est une question d'identité, je dirai même que c'est une question d'Etre.

Les personnes dites "transsexuelles" contestent le terme "transsexuel" à cause de la connotation sexuelle qu'il induit. Si ce terme décrit bien une transition physique (d'un sexe à l'autre), il ne décrit pas la réalité identitaire des personnes concernées. Aucune dénomination proposée par les psys⁵ ne convient. Aucune association n'est d'accord sur l'expression à utiliser. Comme le Dr Harry BENJAMIN a été le premier médecin à décrire avec justesse la réalité du syndrome "transsexuel", j'utilise le terme SYNDROME DE BENJAMIN (du nom du fondateur) ou "transsexuel" entre guillemets.

Du fait de sa pratique clinique, Harry BENJAMIN, (1949) fait du "transsexualisme" un syndrome à part : « C'est une entité nosographique qui n'est ni une perversion, ni une homosexualité ». Le 18 décembre 1953, lors d'un symposium à l'Académie de médecine de New-York, il complète : « le transsexualisme est le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle ».

D'autres médecins ont rapporté des cas ou commencé à comprendre la problématique, et même tenté des traitements hormonaux et chirurgicaux mais sans pour autant sortir du transvestissement⁶, ni de l'homosexualité. Il est probable que sans les nazis qui ont détruit son *Institut de sexologie* à Berlin, Magnus HIRSCHFELD serait arrivé à une description proche de celle de Harry BENJAMIN. Pour une revue détaillée de la partie historique, le lecteur se reportera au Mémoire de DEA de Jean-Luc SWERTVAEGHER (septembre 1999), pp. 12-23. Il précise, p. 14, qu'une opération a été pratiquée par le Dr Félix ABRAHAM, l'assistant du Dr Magnus HIRSCHFELD en 1921, le cas est décrit comme un "travesti extrême". D'autres opérations ont eue lieu entre 1921 et la seconde guerre mondiale.

Un SYNDROME est un ensemble de signes et/ou de symptômes qui caractérisent une maladie, une affection ou un handicap dont l'origine est inconnue. En attendant de savoir si le syndrome de Benjamin ou la "transsexualité" est une maladie ou un handicap, c'est une question qui nécessite des soins médicaux de longue durée, (traitement hormonal, chirurgie, accompagnement psychologique). Les personnes dites "transsexuelles" ne sont pas malades au sens biologique ou psychologique du terme, pas plus qu'une femme qui prend une pilule contraceptive ou demande une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), ni qu'un couple stérile qui demande une

⁵) Les psys : psychiatres, psychanalystes, psychologues.

⁶) Transvesti ou travesti selon les auteurs. Les deux termes recouvrent la même réalité.

PMA (Procréation Médicalement Assistée). Mais le traitement hormonal, délivré uniquement sur ordonnance, nécessite un suivi médical. Il en est de même pour une femme qui prend un contraceptif. L'IVG et surtout la PMA nécessitent des interventions complexes et des techniques sophistiquées, tout comme la chirurgie des "transsexuels/les".

Il me semble préférable de parler de SYNDROME DE BENJAMIN FEMININ (SBF) ou de "transsexuelle" quand il s'agit d'un homme au sexe psychologique de femme, c'est-à-dire de conversion homme vers femme. Et de parler de SYNDROME DE BENJAMIN MASCULIN (SBM) ou de "transsexuel" quand il s'agit d'une femme au sexe psychologique d'homme, c'est-à-dire de conversion femme vers homme. En faisant ainsi, je ne dénie pas les personnes et je ne les discrédite pas. Je tiens compte de leur nature profonde en ne les décrivant pas par ce qu'elles rejettent : leur sexe de naissance.

Dans le syndrome de Benjamin ("transsexualisme"), le sexe psychologique ne se développe pas dans le sens du sexe anatomique, il se développe comme si le sujet était de l'autre sexe. Pour leur très grande majorité, les individus ne se posent pas la question de savoir s'ils sont homme ou femme. Leur sexe psychologique est en accord avec leur sexe anatomique, ce dernier leur servant de repère. Il n'en est pas de même pour les "transsexuels/les" qui sentent un décalage entre leur sexe psychologique et leur sexe physique. Une "transsexuelle" est une femme dans un corps d'homme. Un "transsexuel" est un homme dans un corps de femme. Les personnes dites "transsexuelles" sont conscientes de leur sexe anatomique, ils ne le nient pas, mais celui-ci ne s'accorde pas avec leur sexe psychologique.

Joseph DOUCÉ, (1986), à quelques expressions près, présente la problématique presque de la même façon, ce qui me fait dire qu'il l'avait parfaitement comprise, pp. 129-130 : « Une distinction claire doit être faite entre un homosexuel, un transsexuel et un travesti. Le grand public fait souvent une confusion (est-elle voulue ?).

Un homosexuel est une personne sexuellement et affectivement attirée par un membre de son propre sexe. La lesbienne ne cherche pas un mari et un homo ne rêve pas d'une épouse. Mais le problème de l'identité sexuelle «suis-je un homme ?» ne lui vient pas à l'esprit, même pas à l'homosexuel passif.

Un travesti est une personne qui aime occasionnellement s'habiller dans des vêtements du sexe opposé, souvent de façon assez burlesque, et à condition que l'entourage sache bien qu'il s'agit d'un homme qui s'est déguisé en femme et inversement. Il ne pense pas à une intervention chirurgicale et son travestisme l'aide à s'exciter davantage sexuellement. A vrai dire, il s'agit d'une forme de fétichisme, assez naïve d'ailleurs.

La transsexualité, par contre, est avant tout un vrai problème d'identité. Le transsexuel est profondément tourmenté par un décalage intense qu'il ressent entre ses pulsions purement physiques (érections pour les hommes, menstruations pour les femmes) et ses expériences,

et son sentiment intime d'appartenir à l'autre sexe mentalement. Le transsexuel pourrait résumer sa situation en disant : «je suis une femme prisonnière dans un corps masculin» ou vice versa. La masse des gens, homosexuels ou hétérosexuels, ne se posent jamais une telle question.

Les transsexuels rejettent sévèrement les travestis car, à leurs yeux, ils sont une caricature grossière de leur problème d'identité. Les travestis s'amuse alors que les transsexuels souffrent. Mais il n'est pas toujours facile, à première vue, de faire une distinction claire, car des travestis peuvent aussi se présenter comme des transsexuels lorsqu'ils se rendent compte que cela les arrange dans certaines circonstances. »

Et p. 131, « La psychiatrie classique a considéré la transsexualité comme un désordre mental, voire même une psychose : le délire.

S'il est vrai que des doutes sur l'identité sexuelle peuvent être un symptôme de schizophrénie, d'une structure de personnalité psychotique, il n'est pas moins vrai que la transsexualité est un syndrome à part en soi. »

A propos de l'attirance affective et sexuelle, il écrit p. 113 : « Etant donné que la transsexualité est un problème d'identité et que l'homosexualité est à comprendre comme une orientation sexuelle, il va de soi qu'un transsexuel peut être aussi bien attiré par une personne du même sexe que par une du sexe opposé. »

Le syndrome de Benjamin ("transsexualité") est un état transitoire, le temps de la transition d'un sexe à l'autre depuis la prise de conscience jusqu'au changement d'état civil. Cette phase transitoire dure plusieurs années. Pour retrouver leur unicité, (correspondance entre le sexe psychologique et le sexe anatomique), les personnes concernées par le syndrome de Benjamin n'ont pas d'autres solutions que les traitements médicaux et chirurgicaux. De cette façon la "transsexuelle" devient physiquement une femme et le "transsexuel" devient physiquement un homme. Seul le physique change, pas le sexe psychologique.

Cette transformation n'est pas parfaite, les traitements médico-chirurgicaux ne font qu'adapter le corps du patient pour lui permettre de vivre "normalement" dans l'autre sexe. Il est évident que ces traitements ne changent pas la formule chromosomique du sujet, qu'ils rendent le patient définitivement stérile, et qu'ils nécessitent une prise d'hormones à vie ou jusqu'à 60 ans. Les personnes concernées par le syndrome de Benjamin considèrent ces traitements, s'ils sont bien faits, comme une réparation, non comme une mutilation. Ces traitements améliorent la vie des personnes. Mais le traitement médical ne devient un succès qu'avec le changement d'état-civil (le changement du sexe et des prénoms sur l'acte de naissance). Sans cela, les personnes dites "transsexuelles" restent sans papier.

Seule une minorité de ces personnes a officiellement accès aux soins médicaux en France où la qualité de ces soins est déplorable, surtout en ce qui concerne la chirurgie et la façon dont ces personnes sont traitées sur le plan humain.

A cause de leur aspect physique dit "normal", les personnes atteintes du syndrome de Benjamin sont niées dans leur existence même et dans ce qu'elles ressentent. A tel point qu'elles arrivent à croire qu'elles déraisonnent. Ainsi, toute leur enfance et une partie de leur vie d'adulte sont gâchées. Puis il leur faut plusieurs années, après avoir essayé de s'adapter, pour qu'elles acceptent leur nature et aient le courage d'effectuer ce parcours.

3.1. LES DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS "TRANSSEXUEL" EN FRANCE

L'ensemble du parcours dure au minimum cinq ans, mais souvent il dure sept ans, dix ans, voire plus. Il comporte quatre phases. J'en fais ici un résumé sans trop entrer dans les détails médicaux, chirurgicaux ou juridiques.

3.1.1. Phase 1 : observation

Le candidat à la chirurgie de redétermination sexuelle entre en contact avec une équipe médicale spécialisée qui est composée d'un psychiatre, d'un endocrinologue et d'un chirurgien. La façon dont il entre en contact avec cette équipe médicale est déjà un parcours en lui-même : savoir qu'il existe une équipe médicale, la trouver. Cela peut se faire par l'intermédiaire d'un médecin, d'un travailleur social, d'un article de presse, d'une association, d'une connaissance (ami, famille), etc. Les informations obtenues peuvent être fausses. Parfois, il faut "essayer" plusieurs psychiatres pour trouver la bonne équipe. Un premier psychiatre peut dire «non» à la prise en charge du traitement hormono-chirurgical alors qu'un autre peut dire «oui».

Le parcours commence par un suivi psychiatrique de deux ans minimum. Certains psychiatres parlent d'un an, mais dans les faits, c'est plutôt deux ans et plus. Durant ce temps, le candidat passe toute une série d'exams psychologiques et biologiques. Il doit convaincre le psychiatre que son état sera amélioré par le traitement. C'est la période où on lui demande d'essayer de faire une psychothérapie. Il peut faire un test de vie réelle en tentant de vivre le plus complètement possible dans l'autre sexe, mais cela n'est pas exigé en France. Si au bout des 2 ans le psychiatre est favorable, il propose le cas à l'endocrinologue et au chirurgien de son équipe. Le patient les voit chacun une fois, ensuite la décision est prise collégalement. L'accord des trois médecins pour le traitement sera donné au patient seulement si le diagnostic est favorable et s'il n'y a pas de contre-indication médicale. Actuellement et depuis le

début de l'épidémie de Sida, les "transsexuels" séropositifs (sans symptôme du Sida), dont le diagnostic de "transsexualisme" est patent ne sont toujours pas pris en charge.

Mais dans la réalité, c'est généralement le patient qui commence l'hormonothérapie en dehors de l'équipe, d'une façon plus ou moins "sauvage". Ensuite, quand le traitement est lancé, le psychiatre donne son accord. C'est la détermination qui est la plus prise en compte. Les chirurgiens et endocrinologues des équipes médicales ne commencent pas le traitement hormono-chirurgical sans avoir l'accord du psy. Il arrive qu'ils refusent un patient pour lequel le psychiatre était favorable. Les médecins agissent ainsi car ils ne sont pas protégés par la loi. Ils ne prennent aucun risque. Seuls ceux qui sont dans une détresse totale sont vraiment aidés.

3.1.2. Phase 2 : hormonothérapie

Si, au bout des deux ans, la prise en charge est accordée, le candidat commence (ou poursuit) l'hormonothérapie. Les personnes atteintes du syndrome de Benjamin féminin (H->F) prennent un anti androgène pour bloquer les récepteurs à testostérone et annuler ses effets visibles (le plus souvent arrêt des érections et de la chute des cheveux, baisse de la pilosité). L'absence des érections est toujours bien vécue par les nouvelles femmes, elles en sont soulagées. Ce n'est pas le cas des transvestis, ni des homosexuels. Parfois, ce traitement est mal supporté à cause de ses effets secondaires (prise de poids importante, maux de tête). Ce produit permet souvent de confirmer le diagnostic. Après trois à six mois, ce traitement est accompagné d'hormones féminines qui développent les caractères sexuels secondaires (développement des seins, grain de la peau plus fin, répartition des graisses et pilosité corporelle féminine, fonte des muscles, repousse des cheveux — si pas trop chauve et depuis pas trop longtemps). Les personnes atteintes du syndrome de Benjamin masculin (F->H) prennent un anti oestrogène qui coupe les règles. Là aussi en dehors de la prise de poids importante, il est soulageant. Mais comme cela n'entraîne pas une androgénisation, la prise de poids se répartit d'une façon féminine, c'est pourquoi ce traitement est souvent mal vécu. Après trois à six mois, l'androgène prend la place de l'anti oestrogène. Les effets sont assez rapides (mue de la voix, grain de la peau plus épais, augmentation du volume musculaire et de la pilosité, répartition masculine de la pilosité et de la graisse, épaissement du cou, chutes des cheveux pour certains). En commençant directement la testostérone, cela éviterait, pour la plupart des personnes, la prise de poids, (dans les fesses, les cuisses et les hanches), qui s'efface difficilement.

Une transformation corporelle de même nature que la puberté en découle. Les effets atteignent leur plénitude après cinq ans de traitement hormonal. L'épilation (électrique) de la barbe et la rééducation vocale des "transsexuelles" nécessitent

deux années. Dans l'idéal et parallèlement au traitement hormonal, l'épilation et la rééducation vocale devraient être systématiquement prises en charge. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas.

Cette période est la plus fragilisante socialement, mais aussi la plus dynamisante psychologiquement. Les personnes dites "transsexuelles" qui avaient un emploi le perdent souvent durant cette période. Elles voient avec plaisir leur corps changer et devenir plus conforme à leur sexe psychologique.

Généralement, les hormones augmentent le désir sexuel, encore plus pour les "transsexuels" (syndrome Benjamin masculin). Cela est surtout ressenti dans le traitement par injection intra musculaire de type retard pour trois semaines. Seuls les patchs féminins sont disponibles en France. Les traitements existent aussi en comprimés mais ils doivent être dégradés par le foie qu'ils sont susceptibles de trop solliciter à long terme.

3.1.3. Phase 3 : chirurgie

C'est l'étape la plus délicate. Elle repose entre les mains des chirurgiens. Des résultats de l'opération vont dépendre le confort de vie et la vie sexuelle de la personne. Les complications sont fréquentes en France. Plusieurs interventions sont nécessaires, là où ailleurs en Europe une seule suffit. Les résultats esthétiques, sensitifs et fonctionnels sont assez peu satisfaisants en général. Chez les "transsexuelles", on enlève les testicules et la verge. On utilise la peau de la verge que l'on retourne pour créer le néo-vagin, la peau des bourses pour sculpter les petites et grandes lèvres et un petit bout du gland pour créer le néo-clitoris. Ce clitoris greffé à sa nouvelle position reste connecté aux nerfs sexuels. L'urètre est abouché à son nouvel emplacement. Du fait du traitement hormonal, la taille de la prostate s'est réduite, ce qui fait qu'elle ne gêne pas. Elle est conservée car il est difficile et problématique de l'enlever à cause des risques importants de lésions de la vessie.

Chez les "transsexuels" on enlève les seins, les ovaires, les trompes, l'utérus et parfois le vagin. Ce dernier est souvent conservé pour les mêmes raisons que la prostate. Quand une phalloplastie est réalisée avec une plastie des bourses, le vagin est enlevé. Il existe plusieurs sortes de phalloplasties. Les phalloplasties décoratives, non fonctionnelles et insensibles qui sont faites à partir d'un lambeau de peau du ventre et les phalloplasties fonctionnelles et sensibles qui permettent d'uriner, d'avoir des relations sexuelles avec pénétration, de ressentir du plaisir et même un orgasme. Ces dernières sont faites à partir d'un lambeau de peau d'un avant-bras, avec des nerfs, des veines et une artère pour l'irrigation sanguine. Cette dernière technique est complexe et peu de chirurgiens sont capables de la réaliser.

En France et pour les deux sens de conversion (H->F et F->H), les résultats laissent assez souvent à désirer, il y a toujours plus de complications. Certains patients ont eu des rejets de greffes, le nouveau vagin qui ressort ou se referme, la vessie détruite, l'anus perforé, d'autres ont dû subir deux phalloplasties ou plusieurs tentatives de rattrapage d'une opération ratée, un a même perdu une jambe...

Le système français actuel ne peut produire des résultats stables et de qualité. Nos voisins belges et hollandais ont une politique qui le permet. C'est donc une question de politique de santé délibérée.

3.1.4. Phase 4 : changement d'état-civil

Cette ultime étape dure de six mois à plus de trois ans. Avocat, expertises (psychiatrique, gynécologique ou urologique et chirurgicale) sont le lot de tous, sauf rares exceptions. Ces expertises sont un véritable viol physique et psychologique⁷. La soi-disant jurisprudence de la Cour de Cassation de décembre 1992 n'est toujours pas appliquée, malgré la condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en avril 1992.

Sandra DUAL, (1999), Présidente de l'Association d'Aide aux Transsexuels, en témoigne dans sa biographie, p. 166 : « Plusieurs membres du bureau de l'association que j'ai l'honneur de présider sont passés en une journée, et en une fournée, avec toutes les allusions nazies que cela comporte, pour une session d'expertise. Tous étaient des gens en fin de parcours, stables, intégrés, c'est-à-dire avec de vrais métiers ; tous avaient vaincu, souffert et s'étaient fortifiés.

Tous avaient des personnalités d'acier trempé, préalable évident à une telle odyssee. Tous ont été accablés, effondrés, ébranlés par tant d'humiliations. Le passé ressurgissait avec la crainte du jugement dernier. Ils ont été déstabilisés pour de nombreux mois, et la haine qu'on a gravée au fer rouge, même si elle sera le moteur de nos luttes futures, les aura blessés à jamais. J'ai oeuvré pour qu'au moins l'un d'eux ne passe pas à l'acte, et je ne parle pas que du suicide...! Tous ceux et celles qui ont été violés sont marqués à jamais : égalité, fraternité, c'est pour la rime !

La légitime défense est une circonstance atténuante dans les viols avec sévices, les experts devraient y penser. Et l'épreuve de vie dont on nous a tant parlé ? J'offre une de mes nuits au juge qui voudra enfin comprendre, pour témoigner. Témoin à décharge... »

L'obtention du changement d'état-civil est indispensable à une bonne issue de la thérapeutique. Ce n'est qu'après cette étape, grâce à ses nouveaux papiers, que la nouvelle femme ou le nouvel homme (ex-"transsexuel/le") retrouvera une citoyenneté

⁷) Voir "transsexuel(le)s" : communiqué de presse, reproduit dans L'Identitaire n°13, pp 6-7.

complète. Travail, logement, et autres nécessités leur deviennent enfin "normalement" accessibles.

4. THEORIES SUR LA QUESTION "TRANSSEXUELLE"

4.1. LES COURANTS PSYCHIATRIQUES

La classification française (Jacques BRETON, 1985) qui date de 1968 est toujours actuelle. Elle est différente de la classification européenne (CIM-10 de l'OMS) et de la classification internationale (DSM IV d'origine états-unienne⁸).

Jacques BRETON (1985), pp. 33-37, « Le mot implique bien la notion de passage d'un sexe à l'autre ; mais il désigne un état psychiatrique car c'est sur le plan psychique que le patient a fait ce déplacement. On ne peut dire d'une personne qui souhaite changer de sexe qu'elle sera «transsexualisée» par une opération chirurgicale qui se veut thérapeutique. On doit au contraire espérer qu'elle sera «détranssexualisée» par le traitement, de même qu'on peut espérer que le cancéreux opéré est «décancérisé».

[...]

La définition du transsexualisme est purement clinique. Il n'y a pas actuellement de critère biologique pathognomonique. (L'antigène HY a trahi les espoirs que certains avaient mis en lui). Cette définition repose sur des faits objectivement observables mais dépend aussi, dans une large mesure, de signes négatifs.

Le transsexualisme est une affection mentale rare qui consiste, chez un sujet normalement constitué, en la conviction d'appartenir au sexe opposé. Cette conviction, véritable idée prévalente est précoce, permanente et inébranlable. Elle se traduit dès l'enfance par des *comportements du sexe opposé* (jeux, manières, goûts, tendances...). La prise de conscience de ne pas être une fille (ou un garçon) comme les autres a lieu à la puberté ou un peu avant. Par la suite, la conviction transsexuelle se manifeste par le *travestissement*, la demande impérieuse des *traitements hormonaux et chirurgicaux* propres à donner au corps l'apparence du sexe revendiqué et par la demande du *changement d'état-civil*. Les preuves anatomiques les plus évidentes du sexe biologique (appareil génital externe chez l'homme, seins chez la femme) sont l'objet de répulsion.

Le transsexualisme n'est pas curable par les thérapeutiques psychiatriques actuellement disponibles. La satisfaction de la demande de traitement hormonal et chirurgical et du changement d'état-civil paraît le plus souvent améliorer l'état du patient et éviter ou faire disparaître les complications : dépression, anxiété, désadaptation socio-professionnelle et affective, voire tentatives de suicide et d'auto-castration.

⁸) Etats-Unis d'Amérique. L'Amérique étant un continent, tous les autres pays et habitants de ce continent peuvent aussi être appelés "américains". C'est un excès de langage que d'utiliser ce terme pour les USA.

Le transsexualisme est dû à une perturbation de la phase psychique de la différenciation sexuelle dont on ne connaît pas la cause.

[...]

Le transsexualisme est longuement défini par le D.S.M. III (Cf. chapitre III) ; mais il ne figure pas dans la *Classification française des troubles mentaux élaborée* (en 1968) sous l'égide de L'I.S.E.R.M. «par le Dr SADOUN, avec le concours d'une Commission Consultative spécialisée présidée par le Pr KAMMERER». R. SADOUN a bien voulu nous confirmer, en le déplorant, qu'il faut classer le transsexualisme comme une perversion sexuelle en 11-2. »

CIM-10, (1993a), p. 123, « F64 TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE

F64.0 TRANSSEXUALISME

- A. Désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement du souhait de transformer son corps pour le rendre aussi conforme que possible au sexe préféré, et ce grâce à la chirurgie ou à un traitement hormonal.
- B. L'identité de type transsexuel est présente, de manière persistante depuis au moins deux ans.
- C. Le trouble n'est ni un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie ni associé à une anomalie chromosomique. »

CIM-10, (1993b), pp. 123-123, classe en F64.0 TRANSSEXUALISME dans les TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE (F64). « Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré. »

Mini DSM IV (1994), pp. 250-252, « F64.x [302.xx] TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE.

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

[...]

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

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

[...]

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

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

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

[...]

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

Attiré sexuellement par des hommes

Attiré sexuellement par des femmes

Attiré sexuellement par les deux sexes

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

4.2. LES COURANTS PSYCHANALYTIQUES

Si Sigmund FREUD (1905), Sandor FERENCZI (1924, 1929) et Wilhelm REICH (1936) parlent de la sexualité, ils n'abordent pas la question "transsexuelle". A ma connaissance, ils n'ont jamais eu de tels patients. Certains psychanalystes attribuent un diagnostic de "transsexualisme" au Président SCHREBER, alors qu'il vivait une sorte de délire mystique, Jacques BRETON (1985), p. 64.

Certains psychiatres sont psychanalystes. Selon les théories psychanalytiques, surtout le courant lacanien, les "transsexuels" sont psychotiques car ils ne sont pas organisés par le phallus, ils n'ont pas élaboré le stade oedipien.

Jean LAPLANCHE et Jean-Baptiste PONTALIS, (1967), écrivent à propos du complexe d'Oedipe, pp. 79-80 : « Ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents. Sous sa forme dite *positive*, le complexe se présente comme dans l'histoire d'*Oedipe-Roi* : désir de la mort de ce rival qu'est le personnage du même sexe et désir sexuel pour le personnage de sexe opposé. Sous sa forme *négative*, il se présente à l'inverse : amour pour le parent de même sexe et haine jalouse du parent du sexe opposé. En fait ces deux formes se retrouvent à des degrés divers dans la forme dite *complète* du complexe d'Oedipe.

Selon Freud, le complexe d'Oedipe est vécu dans sa période d'acmé entre trois et cinq ans, lors de la phase phallique ; son déclin marque l'entrée dans la période de latence. Il connaît à la puberté une reviviscence et est surmonté avec plus ou moins de succès dans un type particulier de choix d'objet.

Le complexe d'Oedipe joue un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité et dans l'orientation du désir humain.

Les psychanalystes en font l'axe majeur de la psychopathologie, cherchant pour chaque type de pathologie à déterminer les modes de sa position et de sa résolution. ».

Et pp. 74-75, sur le complexe de castration : « Complexe centré sur le fantasme de castration, celui-ci venant apporter une réponse à l'énigme que pose à l'enfant la différence anatomique des sexes (présence ou absence de pénis) : cette différence est attribuée à un retranchement du pénis chez la fille.

La structure et les effets du complexe de castration sont différents chez le garçon et la fille. Le garçon redoute la castration comme réalisation d'une menace paternelle en réponse à ses activités sexuelles ; il en résulte pour lui une *angoisse de castration*. Chez la fille, l'absence du pénis est ressentie comme un préjudice subi qu'elle cherche à nier, compenser ou réparer.

Le complexe de castration est en étroite relation avec le complexe d'Oedipe et plus précisément avec la fonction interdictrice et normative de celui-ci. ».

Pourtant tous les individus sont constamment confrontés au mécanisme du complexe d'Oedipe et tous doivent s'adapter. Quelqu'un qui a dépassé cette étape est assez souple pour s'adapter, tandis que celui qui ne l'a pas dépassée est rigidifié sur des positions anciennes et inadéquates.

La plupart des psychanalystes qui théorisent sur la question "transsexuelle" le font de façon réactive et/ou discrédite le patient. Pour illustrer cela, je ne cite qu'un exemple par auteur. Par souci d'homogénéité, j'ai inclus la sociologue RAYMOND dans cette série. Je n'en parlerai pas chez les sociologues.

Patricia MERCADER, (1994), pp. 270-271, « Or, il suffit de considérer les transsexuels dans leur sexe biologique, comme tout le monde en somme, sans se convertir à ce que j'ai nommé plus haut leur hérésie, pour voir leur demande sous un tout autre angle et envisager des approches thérapeutiques bien différentes du «changement de sexe» (je pense en particulier à la pensée de Jean-Marc Alby, de Leslie Lothstein, d'Anna Potamianou, de Colette Chiland ou d'Agnès Oppenheimer). Dès qu'on voit le transsexuel dans son histoire de garçon, puis d'homme, et la transsexuelle dans son histoire de fille, puis de femme, il devient possible d'entendre leur demande comme un symptôme, et leur revendication d'un sexe psychique délié de leur anatomie comme une forme de délire. Mais ceci suppose de reconnaître ce que nous partageons avec eux sans en être venue à leur étrange folie, et ceci

sans pour autant nous identifier à eux sur un mode adhésif. Mes entretiens avec des hommes et surtout des femmes transsexuels m'ont permis d'expérimenter à quel point ce mouvement par lequel on doit faire varier la distance identificatoire est difficile avec eux. Pendant la première phase de mon travail, par exemple, alors que je rencontrais des femmes en demande de «changement de sexe», et par conséquent d'abord une mastectomie, je me suis aperçue un soir que depuis quelque temps je m'endormais les mains posées sur ma poitrine, comme pour la protéger. Depuis, je reste curieuse : qu'arrive-t-il de cette sorte aux autres chercheurs, aux médecins, aux juges, à tous ceux qui rencontrent des transsexuels ? »

Elle témoigne ici des effets de sa propre effraction par la question "transsexuelle".

Colette CHILAND, (1997), p. 96, « On a pu dire qu'il n'y avait pas de transsexualisme vrai ou primaire chez la fille, en raison de l'importance évidente que prend chez elle la composante homosexuelle. Un certain nombre de candidates à la réassignation du sexe n'ont pas été des garçons manqués. Elles ont eu, parfois très tôt dès l'âge de six ans, un émoi sexuel devant des filles. Attirées par des filles, elles ont pensé que ce pourrait être de l'homosexualité pour rejeter aussitôt cette idée. "Être homosexuelle, c'est ne pas être normale. Je suis normale. Donc, si je suis attirée par des filles, c'est que je suis un garçon." Elles ne souhaitent pas être dans une situation de symétrie par rapport à la fille qui les attirait, mais la protéger. [...]

Les filles qui vont devenir des candidates à la réassignation du sexe, on ne les voit probablement pas. »

Catherine MILLOT, (1983), p. 138, « Une autre voie est-elle possible ? En particulier, d'autres solutions que le changement de sexe ont-elles été expérimentées ? Contrairement à la légende, on a bel et bien tenté, avec les transsexuels, et non sans succès, toutes sortes de «psychothérapies» reposant peu ou prou sur la suggestion, de l'hypnose aux thérapies comportementales, en passant par les techniques de conditionnement. Ça marche : les transsexuels sont sensibles à la suggestion. Ils en viennent à remettre en question leur identité transsexuelle, ainsi que leur choix d'objet sexuel, et renoncent, au moins provisoirement⁹⁾, à une transformation hormonale et chirurgicale. »

Janice RAYMOND, (1981), p. 23, « Il est plus compliqué de savoir *pourquoi* les femmes désirent devenir des hommes. Si l'une des raisons qui poussent l'homme à devenir femme consiste à s'emparer de l'énergie créatrice et du pouvoir féminins, on peut imaginer que la femme veut devenir un homme pour gagner ce qui apparaît comme l'énergie créatrice et du

⁹⁾ C'est moi (T.R.) qui souligne. Quelle efficacité !

pouvoir masculins, puisque le patriarcat a induit les femmes en erreur en leur faisant croire que la véritable créativité et le pouvoir sont indissociables de la virilité. »

Certains de leurs propos sont carrément sexistes, homophobes, et "transphobes".

Colette CHILAND, (1997), p. 80, « A un niveau plus profond, j'aurais du mal à considérer comme un homme celui qui ne serait pas — virtuellement — capable de me pénétrer, et je n'ai pas peur de me faire piéger dans ma vie privée par un transsexuel FM parce que le critère de surface en costume d'Adam est parlant. Il n'en va pas de même pour mes collègues hommes en face d'un transsexuel MF...

Mais je me reprends et *le paradigme des intersexués* se présente à moi. Je peux avoir devant moi un homme sans verge de par sa naissance, je ne le ressens pas, et bien d'autres avec moi, de la même manière qu'un homme qui s'est fait couper la verge. On le considère plus naturellement comme appartenant à son sexe d'assignation qu'un transsexuel à son sexe de réassignation. Pourquoi ? »

Janice RAYMOND, (1981), pp. 173-174, « Et, s'il est exact que le transsexuel femme-devenue-homme-fabriqué ne joue qu'un simple rôle de caution qui crée l'«illusion d'une inclusion» des femmes au sein du monde transsexuel, on peut émettre l'hypothèse que les «laboratoires» transsexuels cherchent à vérifier s'il est possible ou non pour les hommes de diminuer le nombre de femmes et/ou de créer une nouvelle «race» de femmes. Là encore, je veux souligner qu'il ne s'agit pas d'une pure divagation de l'imagination féministe. Les savants ont déjà exprimé l'intérêt «scientifique» qu'ils portent à la diminution du nombre de femmes. » Elle cite des auteurs encore plus "fous" qu'elle pour étayer ses théories "abracadabrantes", pp. 174-175.

Catherine MILLOT, (1983), pp. 11-13, écrit (d'un ton sarcastique) : « La crémère chez laquelle vous vous fournissez est peut-être père de famille. Des religieux, des médecins, des infirmiers, des employés, des petits fonctionnaires «changent» de sexe. En Hollande, on s'est efforcé de leur faciliter grandement cette démarche. Quelques entretiens avec un psychologue suffisent pour que s'ouvre à qui veut s'y engager la voie d'un processus de transformation qui se conclut par un changement d'état-civil. Ces hommes devenus femmes peuvent se marier, adopter des enfants, les femmes transformées en hommes font inséminer artificiellement leur épouse et sont des pères tout à fait légitimes de cette progéniture. Il existe déjà en France quelques cas de ce genre, et cela n'est qu'un début. La réforme de la législation concernant les changements de sexe est en cours. La tendance des juristes français est actuellement avant-gardiste : la liberté de disposer de soi-même s'étendant au choix du sexe propre est à l'horizon. Afin de ne pas subordonner le

changement d'état-civil à des opérations tout de même mutilantes (beaucoup de transsexuels s'arrêtent en cours de transformation avant l'ablation des organes virils, ou des organes génitaux internes chez la femme), il est question de l'accorder aux transsexuels qui auront conservé leur sexe d'origine. La loi sera bientôt stollerienne : elle fera la distinction entre le sexe (organe) et le genre (identité).

[...]

Si le transsexualisme répond à un rêve, celui de changer de sexe, on voit qu'il fait rêver, voire gamberger les non-transsexuels. Si jusqu'ici la différence des sexes doit beaucoup au symbolique et à ses bipartitions, à l'imaginaire qui fixe les rôles, elle appartient en dernier ressort, pour ce qu'elle représente d'incontournable, au registre du réel, c'est-à-dire qu'elle est de l'ordre de cet irréductible contre quoi on peut bien se cogner sans fin la tête. Le transsexualisme changerait-il à cet égard son statut ?

C'est en tout cas ce dont rêvent les médecins et les juristes qui, par vocation, ont affaire au fantasme d'un pouvoir qui ne connaîtrait pas de limites, pouvoir de mettre en échec la mort — cet autre réel — pouvoir de faire la loi, de légiférer, sans faille et sans reste, la réalité humaine. Le transsexualisme répond au rêve de reculer, voire d'abolir les limites qui marquent la frontière où commence le réel. » Au passage, les médecins et les juristes en prennent aussi pour leur grade...

Ils se critiquent entre eux.

Colette CHILAND, (1997), p.127, « Il arrive que des patients ouvertement psychotiques et délirants viennent demander une réassignation, mais c'est l'exception et non la règle, contrairement à ce que laisse entendre le livre collectif récemment publié par l'Association Freudienne Internationale, *Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme*; les cas de transsexualisme MF qui y sont rapportés sont tous des cas de psychose, en conformité avec la thèse de Lacan que le transsexualisme est une psychose. »

En bref, il n'y a rien de scientifique dans tout cela. Pour une revue plus précise de la question, voir Jean-Luc SWERTVAEGHER (1998), pp. 50-61, et la partie *Quand la théorie disqualifie les personnes transsexuelles*, pp. 61-64 .

L'apport de Robert J. STOLLER, psychanalyste américain, sur l'identité de genre n'est pas accepté par l'ensemble des psychanalystes, entre autres les lacanniens. Cependant, certains les reprennent à leur compte, c'est le cas de Colette CHILAND.

Robert J. STOLLER (1985), pp. 35-42, dégage l'identité de genre en se basant sur sa clinique et par analogie à la différenciation sexuelle biologique. Dès la naissance, le bébé est imprégné dans l'univers maternel féminin. Si une trop grande proximité de la mère, (fusion merveilleuse), n'est pas interrompue par le père, le garçon ne peut

pas développer sa masculinité. Il s'identifie à la mère et reste féminin. La mère, souvent déçue d'être une femme, aurait préféré être un homme. Ce bébé, toujours beau, devient son phallus. Elle a des contacts prolongés peau à peau avec lui¹⁰. Les cas princeps de Stoller sont extrêmement rares. Dans *Recherche sur l'identité sexuelle*, (1968), il parle d'ENFANTS TRANSSEXUELS. Dans *Masculin ou féminin ?* (1985), il rectifie en précisant qu'il s'agissait de GARÇONS FEMININS et non de GARÇONS TRANSSEXUELS, que le terme transsexuel n'était pas adapté à sa clinique. Il ne pouvait pas prédire ce que deviendraient ces enfants. Il n'avait pas non plus d'information sur ce que ses anciens patients étaient devenus une fois adultes. Ces enfants présentaient une thématique "transsexuelle". Ils disaient qu'ils étaient une fille, qu'ils allaient devenir une fille, ils cachaient leur sexe, n'avaient que des préoccupations de filles... Selon Stoller l'identité de genre se développe dans la première année. Il ajoute que cette théorie s'intègre sans problème dans la théorie psychanalytique.

Le premier amour du garçon est hétérosexuel, mais sa masculinité future est menacée par la fusion avec sa mère. Ce n'est qu'après des mois qu'il devient progressivement nettement séparé de sa mère. La qualité du noyau de l'identité de genre du garçon dépendra de la façon dont la mère va le laisser se séparer d'elle et la rapidité de cette séparation. La fille a l'avantage de baigner dès le départ dans la féminité, son identité de genre sera moins fragile que celle du garçon. La castration, l'envie de pénis, l'Oedipe, restent respectivement des étapes ultérieures du développement. Les hommes ont du mal à être tendres car ils craignent la fusion primitive qui pourrait mettre en péril leur masculinité. Chez les filles, trop de père et pas assez de mère¹¹ aboutirait au résultat inverse, à savoir une masculinité. Les troubles de l'identité de genre ainsi que certaines perversions ne sont pas le résultat d'un traumatisme, mais celui d'une absence ou d'une insuffisance de traumatisme, de conflit et de frustration.

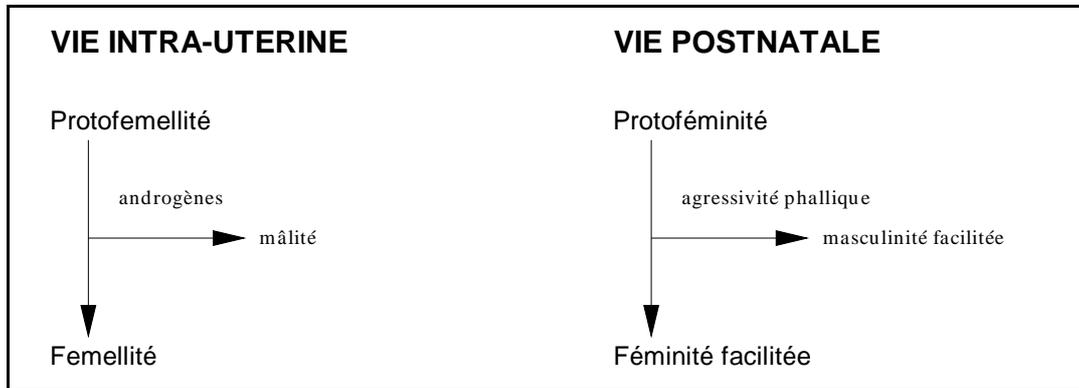
Claude CREPAULT (1997), sexologue canadien, pp. 20-63, va plus loin dans la théorie que Stoller. Je le résume ici car c'est essentiellement de théorie psychanalytique dont il nous parle. Il utilise l'analogie avec le développement embryologique sexuel. L'androgène et la réception tissulaire à celui-ci permettent le développement de la mâlité. Sans cela, l'embryon se développe dans le sens femelle. Il fait l'hypothèse que le développement sexuel postnatal est aussi régi par un principe actif, les garçons ayant plus de ce principe que les filles. C'est ce

¹⁰ Je n'ai jamais rencontré une telle configuration chez les personnes dites "transsexuelles" que j'ai vues. J'ai du mal à concevoir une mère tenant des heures durant son bébé contre elle, tous les deux étant nus (contact peau à peau).

¹¹ Ce n'est le cas, ni de ceux qui m'ont parlé de leur milieu familial, le père était plutôt absent que trop présent.

principe qui permettrait le développement de la masculinité. La proféminité est la féminité originelle pour les deux sexes, comme la profemellité l'est pour l'embryon. C'est encore une hypothèse non scientifique. Je reproduis ici la figure 3 (p. 61).

Analogie entre développements sexuels prénatal et postnatal



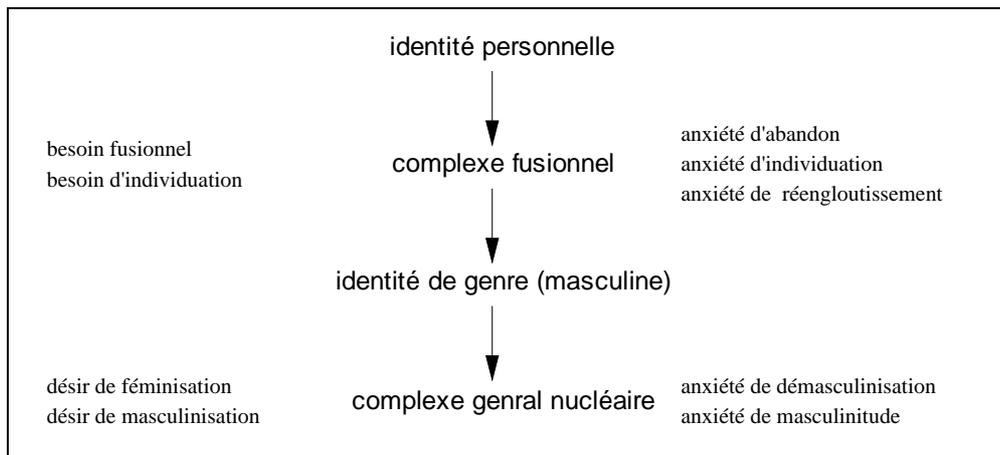
Après cette proféminité ou féminisation initiale, l'enfant est dans un état de fusion avec la mère. Toute sa vie l'humain cherchera à retrouver le lien fusionnel primaire. Cette recherche est une force biopsychique maximalisée ou minimalisée par l'histoire personnelle. L'individuation étant nécessaire à la maturation, une force interne (comme une pulsion) pourrait l'activer. C'est l'agressivité. Il distingue quatre formes principales d'agressivité. L'*agressivité de préservation* (préserve l'intégrité physique), l'*agressivité d'affirmation* (favorise l'individuation), l'*agressivité de destruction* (manifestation de la haine qui se confond avec l'hostilité), l'*agressivité phallique* (ensemble des conduites dominatrices et montrant la puissance virile). Cette dernière peut être fondée à travers la force physique ou le symbolisme (le pénis devient phallus, ou encore plus symbolique : la gestuelle, l'habillement, le choix de l'automobile).

Le complexe fusionnel est l'état conflictuel engendré par le besoin de fusion qui s'oppose au besoin d'individuation. Cette dernière génère une anxiété de séparation et d'abandon. En retournant à la fusion maternelle, une autre menace survient : la disparition de son individualité. Cela génère une anxiété de réengloutissement. Pour surmonter ces deux anxiétés, l'enfant fait des allers-retours entre la fusion et l'individuation. Ce va-et-vient traduit toute l'ambivalence de l'enfant. Après plusieurs essais d'éloignement et de rapprochement, les anxiétés d'abandon et de réengloutissement s'atténuent. Les intensités des besoins diffèrent selon les individus, probablement en liaison avec des facteurs d'ordre constitutionnel et des facteurs externes. Une personne a liquidé son complexe

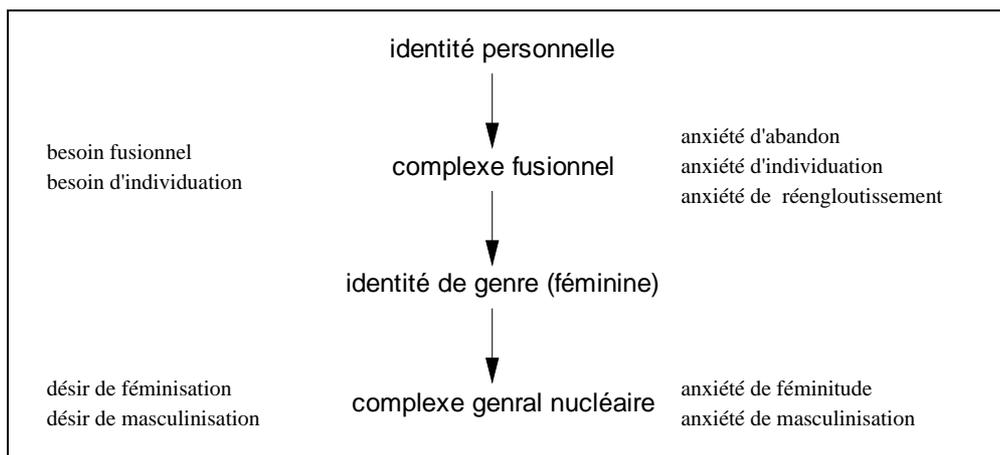
fusionnel quand elle est capable de s'individualiser, (identité personnelle stable et séparée de sa mère), sans craindre d'être abandonnée.

A la proféminité initiale se grefferait peu à peu une masculinisation secondaire à travers l'identification paternelle. L'identité de genre se développerait ensuite. Pour les filles, c'est plus simple, elles n'ont pas à se désidentifier de la mère¹². Dans les deux cas, le complexe genral nucléaire vient se surajouter au complexe fusionnel. Je reproduis ici la figure 1 (p. 46), suivie de la figure 2 (p. 54).

Le complexe genral nucléaire chez le garçon



Le complexe genral nucléaire chez la fille



Claude CREPAULT voit l'identité de genre comme reposant sur l'acceptation

¹²) Mais il n'explique pas pourquoi, ni comment des filles s'identifient à leur père.

consciente de sa réalité corporelle, sexe compris¹³. A un niveau inconscient, la personne peut exagérer un sentiment d'appartenance à un sexe pour cacher une identité contraire. Il suffit de penser à l'homme très masculin (identité révélée), mais qui se sent féminin intérieurement. La personne peut même en arriver à se duper elle-même.

J'ai déjà rencontré cela chez des personnes dites "transsexuelles". Elles ont un passé d'homme viril, ne permettant pas de penser qu'elles se sentaient femme. Elles se sont souvent mariées et ont assumé une vie de couple hétérosexuel. La plupart ont eu des enfants qu'elles ont élevés en jouant correctement le rôle du père qu'elles étaient censées être. Nombreuses sont celles qui se sont noyées dans le travail pour ne pas penser, ainsi la question identitaire était mise sous le boisseau. Ce sont souvent des événements de vie, tels que le décès d'un proche, un accident grave, un divorce, la perte d'un emploi, etc., qui leur font prendre conscience de leur erreur.

Pour Claude CREPAULT, l'anxiété de démasculinisation (perte de l'identité masculine) est plus profonde que l'angoisse de castration et elle découle principalement de la relation à la mère. L'angoisse de castration et le complexe d'Oedipe viennent s'ajouter à la suite du complexe genral nucléaire. L'agressivité phallique semble être le mode de défense le plus courant contre l'anxiété de démasculinisation. Cette dernière anxiété renvoie à la crainte de ne pas être capable de devenir masculin, de ne pas être à la hauteur. Elle est à l'origine de la plupart des troubles d'orientation sexuelle¹⁴ et dans bon nombre de sextoses masculines (manque de désir, troubles érectiles et éjaculatoires). Pour lui, l'homosexualité est un trouble de l'attirance affective et sexuelle.

La fille a l'avantage de ne pas avoir à changer d'objet d'identification. Elle n'a pas de difficulté pour acquérir sa féminité, mais elle aura plus de mal à se différencier de sa mère. Elle s'identifie aussi partiellement au père et acquiert une certaine masculinité qui facilitera son individuation. La fille a aussi son anxiété de déféminisation (perte de l'identité féminine), elle craint de ne pas être à la hauteur, de ne pas être suffisamment désirable, maternante, de devenir une victime.

Evidemment, idéalement dans les deux cas (fille et garçon), les parents doivent être une "bonne" mère et un "bon" père...

A la vue de tout ceci, nous ne sommes pas plus avancés pour comprendre le "transsexualisme". C'est encore et toujours la faute des parents ou/et de l'intrapyschique des personnes concernées.

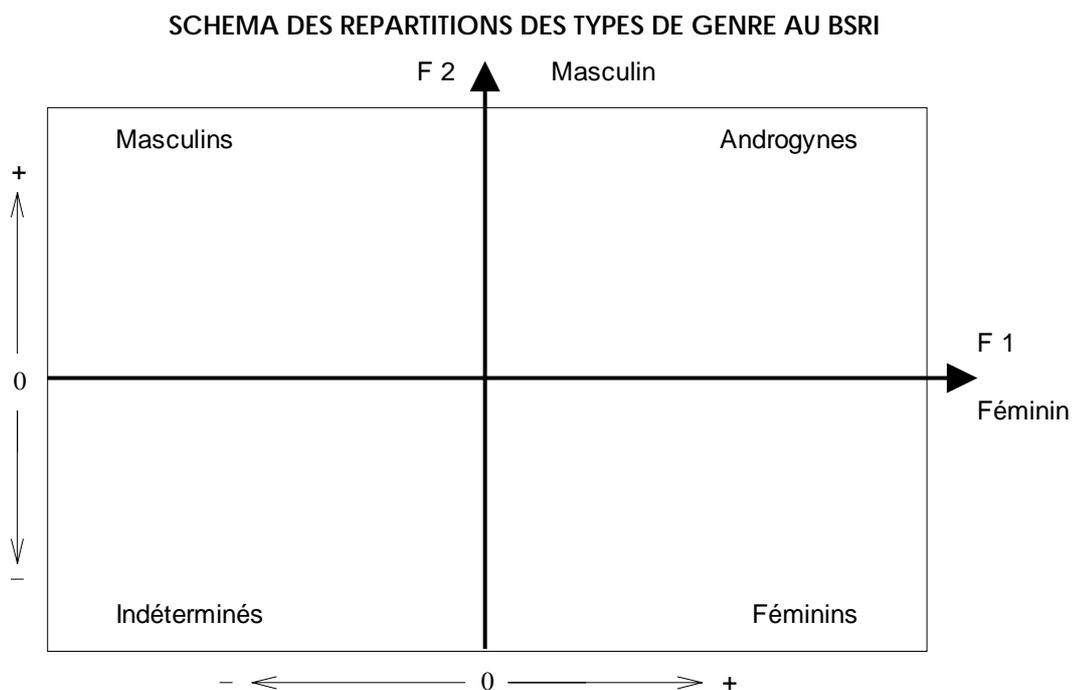
¹³) Homme masculin ou femme féminine, reconnaissance de son sexe et des rôles correspondants et hétérosexualité.

¹⁴) Le terme est de lui. Je lui préfère celui d'attirance affective et sexuelle.

4.3. LES COURANTS SOCIOLOGIQUES

On a longtemps cru que la féminité et la masculinité étaient les deux extrêmes d'une même échelle. Ces deux notions étaient opposées, et l'on était soit masculin, soit féminin. Ces notions étaient rattachées au sexe, il n'y avait que des hommes masculins et des femmes féminines. Cette dichotomie des sexes a entraîné une division du travail et une division des rôles liés au sexe. Le type d'éducation renforçait les rôles sexués.

Ces notions ont ensuite évolué grâce aux nombreuses études faites, surtout aux USA, à l'aide d'échelles de mesure comme le BSRI (BEM Sex Role Inventory) de Sandra L. BEM, (1974). Ce questionnaire sur la féminité et la masculinité est composé de soixante items, vingt féminins, vingt masculins et vingt neutres, il est validé aux USA. Il a été traduit en français par des canadiens, Maryse LAFLEUR et Michel ALAIN, (1992), puis retravaillé et adapté à la population française, K. GANA, (1995). On trouvera en annexe C les soixante items du BSRI de Sandra L. BEM.



Masculins = masculin seul (ce sont des hommes).

Féminins = féminin seul (ce sont des femmes).

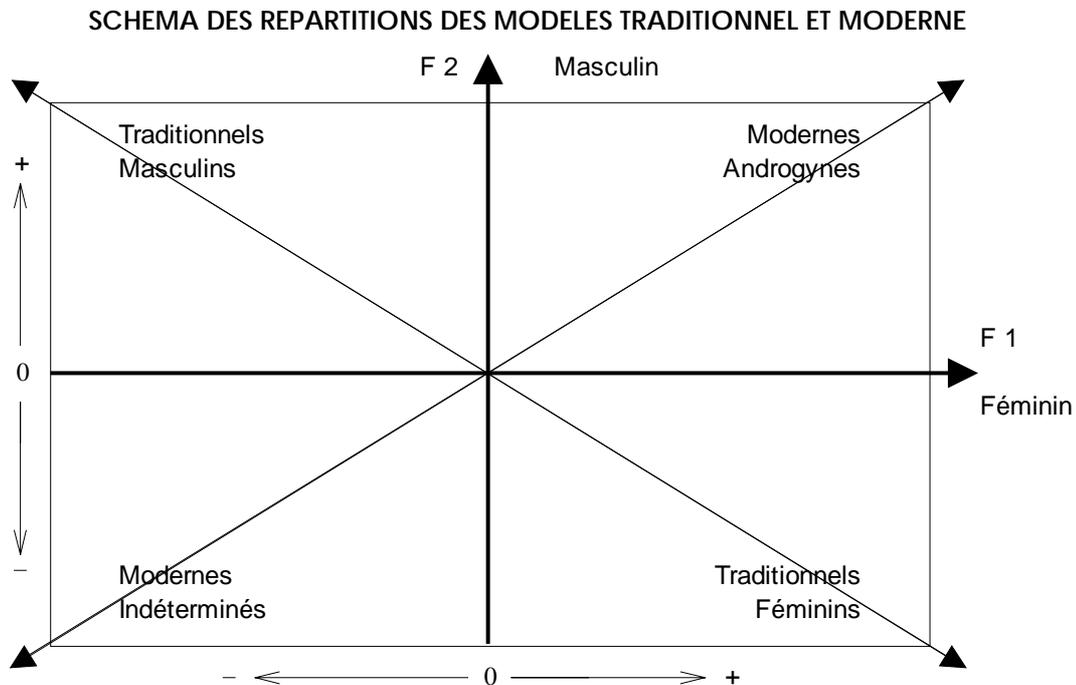
Androgynes = masculin et féminin (ce sont des femmes et des hommes).

Indéterminés = ni masculin, ni féminin (ce sont des femmes et des hommes).

Le résultat de ces enquêtes a abouti à une nouvelle définition de l'identité sexuée. La féminité cohabite avec la masculinité, ce qui donne deux échelles différentes

qui se croisent. Elles ne sont plus dépendantes du sexe, on peut être un homme féminin, une femme masculine, un homme androgyne...

Il y a deux modèles : le modèle traditionnel où l'on oppose féminité et masculinité et le modèle moderne où l'on associe les deux.



Traditionnels = masculin ou féminin, mais pas les deux.

Modernes = masculin et féminin (androgyne), ou ni masculin, ni féminin (indéterminés).

Toutes les études confirment que la féminité cohabite plus ou moins avec la masculinité. Il s'agit uniquement d'études sociales. L'identité sexuée montrée reflète le type de société. Mais ces notions n'ont pas la même valeur en Afrique, Asie... Je pense que ces notions évoluent avec la société. Les mêmes études faites en 1900 ou en 2010 ne donneraient probablement pas les mêmes résultats.

Parfois les psychanalystes et les sociologues se rejoignent. Colette CHILAND arrive à la même conclusion en évoquant Margaret MEAD.

Colette CHILAND, (1999), p. 38, « On connaît la phrase de Simone de Beauvoir dans *Le deuxième Sexe*: «On ne naît pas femme, on le devient.» Propos tout à fait pertinent, mais qu'il convient d'appliquer aux hommes aussi. On naît mâle ou femelle (ou intersexué), on devient homme ou femme. Un homme, c'est un mâle qui se veut masculin et qui, pour être reconnu tel, se conforme, au moins en partie, aux critères de la masculinité de sa société.

Une femme, c'est une femelle qui se veut féminine et qui, pour être reconnue telle, se conforme, au moins en partie, aux critères de la féminité de sa société.

Les critères de la masculinité et de la féminité varient d'une culture à l'autre. Ils portent sur l'apparence, les vêtements, les attitudes, les conduites, le langage, les sentiments qu'on est censé éprouver, les caractéristiques psychologiques qu'on est censé avoir, les activités auxquelles on est considéré apte, le statut dans la société (politique, économique, juridique, religieux). Aux deux extrêmes, la guerre est presque toujours faite par les hommes ; l'enfantement est biologiquement le fait des femmes, et les hommes peuvent tout au plus mimer dans la couvade. Pour tout le reste, on trouve toujours une société pour déclarer masculin ce qu'une autre considère comme féminin. La démonstration en a été faite par Margaret Mead, dans *L'un et l'autre sexe*¹⁵. »

4.4. LE COURANT ETHNOPSCHIATRIQUE

Le concept d'ethnopsychiatrie est de Georges DEVEREUX, tandis que la méthode et la création du dispositif ethno-clinique sont de Tobie NATHAN. Ce dispositif est exposé dans NATHAN (1993 et 1994).

L'échec de la psychanalyse et de la psychiatrie à définir le syndrome de Benjamin m'a conduit à me tourner vers l'ethnopsychiatrie. Non que je les rejette, mais je les trouve limités comme outils de recherche. Elles conservent, à mes yeux, tout leur intérêt comme outils thérapeutiques pour certaines personnes mais restent inadaptées pour d'autres. Tobie NATHAN (1997) et Françoise SIRONI (1997) donnent une définition complémentaire de l'ethnopsychiatrie.

Tobie NATHAN (1997), pp. 13-14, « J'appellerai ethnopsychiatrie :

1) Une discipline qui se donne pour objet l'analyse de tous les systèmes thérapeutiques, sans exclusive ni hiérarchie, qu'ils se revendiquent «savants» ou qu'ils se présentent comme spécifiques à une communauté — ethnique, religieuse ou sociale. L'ethnopsychiatrie se propose de les décrire, d'en extraire la rationalité propre et surtout de mettre en valeur leur caractère nécessaire. Cette discipline revendique une scientificité spécifique du fait que, envisageant les systèmes thérapeutiques comme la propriété d'un groupe, elle cherche à démontrer ses hypothèses en inventant des méthodes permettant aux représentants de ces groupes de se prononcer sur leur validité.

2) Une discipline qui se propose d'éprouver les concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie aux risques des théories des groupes dont elle étudie les dispositifs thérapeutiques. Elle ne prend donc pas parti dans la querelle opposant les

¹⁵ Elle en précise les références en note 2, p. 181 : « Margaret Mead (1948), *L'un et l'autre sexe*, Paris, Denoël/Gontier, 1966. »

tenants d'une validité universelle des concepts psychanalytiques, des entités nosographiques de la psychiatrie, des concepts psychanalytiques, des concepts issus des recherches en psychologie cognitive et les tenant d'un relativisme culturel. Elle se contente d'inventer des méthodes destinées à mettre ces théories à l'épreuve des réalités culturelles et cliniques qu'elle observe.

3) Une pratique clinique innovante qui tire les leçons des hypothèses et des conclusions des points (1) et (2), décidant d'intégrer dans son dispositif :

a/ les solutions techniques qu'elle a su identifier dans son investigation des systèmes thérapeutiques.

b/ les innovations auxquelles elle est parvenue dans sa discussion des concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie.

c/ des évaluations spécifiques se référant tant aux normes habituelles de la rationalité scientifique qu'à celles des groupes et des communautés dont sont issues les personnes qu'elle prend en charge.

Cette pratique clinique est destinée à intervenir dans des situations de désordre que l'on peut considérer psychologiques, sociaux, culturels ou institutionnels. »

Françoise SIRONI (1997), pp. 45-47, « **L'ethnopsychiatrie en tant que méthode clinique**
Les fondements de la méthode clinique telle qu'elle est contenue dans ce que l'on appelle communément l'approche ethnopsychiatrique reposent sur les principes généraux suivants :

- le premier principe restaure pleinement l'observation comme préalable à toute étude clinique et à toute intervention d'ordre thérapeutique. «Préalable» doit être entendu au sens de principe «de fondation», tant il est évident que l'observation est présente tout au long d'une intervention clinique, d'un parcours thérapeutique. Toute rencontre est d'emblée thérapeutique, car toute rencontre génère des effets immédiats parmi tous les protagonistes de la rencontre. Restaurer l'observation comme principe de fondation contraint le clinicien ou le chercheur à se dépouiller de toute tentation de *penser a priori* son objet d'étude et de l'enfermer de ce fait dans des catégories pré-existantes.

- le deuxième principe contenu et fondateur de la méthode clinique ethnopsychiatrique, c'est l'obligation faite au clinicien et au chercheur de penser les catégories pré-existantes qui définissent jusqu'alors le cadre d'appréhension de l'objet d'étude. Penser les catégories pré-existantes signifie étudier leur mode de fabrication en tant qu'objet, étudier leur pertinence, leur validité et leur limitation eu égard à l'objet d'étude qu'elles font vœux de contenir. L'observation d'un champ clinique ou d'une population permettra soit de valider les catégories pré-existantes, proposant alors une généralisation des savoirs qu'elle fabrique,

soit d'invalider ces catégories pré-existantes. Ce dernier cas de figure contraindra à prendre des risques, à s'exposer, à se rendre visible, à fabriquer de la pensée.

- Le troisième principe qui caractérise la méthode clinique ethnopsychiatrique c'est qu'elle prend comme angle d'approche privilégié l'action du thérapeute, celle du clinicien comme celle du chercheur. Ce principe permet alors de construire une pensée, voire même une théorie, qui part de l'action du thérapeute et non plus de la prétendue nature du patient. Ce principe est le seul qui permet de construire une véritable théorie de l'interaction. Comment penser l'action d'un tiers à partir d'un système théorique, psychanalytique qui prend en compte la nature du sujet? En privilégiant l'action du thérapeute, la méthode ethnopsychiatrique le contraint à penser son action sous forme de recettes : «*J'ai fait ceci, et ceci provoque cela chez le patient*».

- Le quatrième principe est décrit par Tobie Nathan dans son article intitulé «*Pas de psychiatrie hors les cultures*»¹⁶. Il propose de soumettre nos «interventions» en sciences humaines à l'expertise des personnes et des groupes réels, ceux que nous prétendons décrire, comprendre et analyser. Ce principe invite le chercheur en sciences humaines à ne pas produire d'énoncé sur les personnes sans participation effective et «contradictoire» des «sujets-objets-de-discours», à la fabrication de l'énoncé. Ceci éviterait à la psychologie clinique notamment, de produire des énoncés invérifiables du fait qu'ils sont produits par les seuls cliniciens, thérapeutes ou chercheurs et du fait qu'ils sont issus de dispositifs thérapeutiques qui n'ont aucun témoin, comme c'est le cas notamment dans les cures psychanalytiques et dans les psychothérapies d'inspiration analytique. Le mot «culture» serait alors, pour Tobie Nathan, une façon de légitimer les connaissances des autres et ceci permettrait de faire, enfin, une anthropologie qui soit véritablement symétrique, du fait qu'elle contraindrait le chercheur à confronter «loyalement» les savoirs provenant d'univers hétérogènes. «*Réhabiliter le mot culture*», conclut Tobie Nathan, «c'est soumettre les chercheurs en sciences humaines à l'expertise de ceux qu'ils décrivent. Voilà qui constitue, à mon sens, un programme passionnant sur le plan théorique et comportant de nouveaux enjeux éthiques majeurs.».

Certains psychanalystes partagent cet avis sur la production de savoirs et de données vérifiables. Robert J. STOLLER (1985), p. 272, « Il est préférable pour nous de nous souvenir que les questionnaires et les statistiques sont hasardeux dans certaines circonstances, qu'il y a un prix à payer quand nous essayons de mettre en garde les gens contre des réponses rapides à des questions délicates. Quiconque en vient à connaître les autres, en les traitant ou en vivant avec eux, a un certain sentiment de leurs attitudes au fur

¹⁶) Elle ajoute en note 5, «Voir T. Nathan «Pas de psychiatrie hors les cultures», paru dans le journal Libération daté du 30 juillet 1997.»

et à mesure que la question s'approfondit. Mais les chercheurs n'ont généralement pas le temps, l'intérêt ou — parfois — la capacité de laisser grandir l'intimité et la confiance. Le défi est d'obtenir de bonnes données plus rapidement, et cependant de ne pas vicier les résultats. [...] Ne devrions-nous pas alors, pour le bien de la science, voir quels sont les mobiles — non pas simplement les tables — de tous les chercheurs (des analystes aux statisticiens) qui étudient des attitudes chargées de valeurs. Pouvons-nous soupçonner que nos collègues commencent parfois par les réponses ? Le « changement de sexe » n'est-il pas un traitement facilement contaminé par des croyances personnelles et professionnelles, des engagements, des angoisses, des défenses ? Nous ne devrions pas prétendre que ces problèmes ne peuvent pas s'infiltrer à chaque étape de notre travail. »

Et pp. 285-286, il ajoute à propos des méthodologies et des chercheurs : « Cela s'est produit, à mon sens, parce que, sous les controverses visibles sur la recherche et le traitement, existent de vieux problèmes moraux bien enracinés. Que l'on nous fixe à un pléthysmographe et que l'on observe l'affolement des cadrans lorsque nous entendons « homosexuel », « bisexuel », « hétérosexuel », « fétichiste », « promiscuité », « masturbation », « rapport sexuel », « pénis », « vagin », « seins », et même « cheveux ». Jusqu'à ce que nous admettions les problèmes moraux que les chercheurs sur le sexe apportent dans leurs laboratoires et leurs cliniques, il sera très difficile d'ajouter foi aux données. Mais n'en est-il pas ainsi pour beaucoup du corps de connaissance du psychiatre, bien au-delà de ces problèmes de sexualité ? Ne sommes-nous pas tous conscients du risque infini de voir la moralité personnelle corrompre l'objectivité ? Voici des items issus de notre vocabulaire de travail, langage transpercé de jugements moraux : « forces de l'égo », « psychopathie », « perversion », « psychose latente », « narcissisme », « masochisme », « compulsion », « alcoolisme », « formation de réaction », « identification à l'agresseur », « primitif », « schizoïde », « jugement médiocre », « infantile », « érotique anal », « contre-phobique », « résistance », « déni », « transfert négatif », « faible tolérance à la frustration », « alliance thérapeutique », « hystérique », « passif », « agressif », « névrotique ». Qu'en est-il même de « Docteur » ou « patient » ? Notre lexique est un lexique « scientifique » qui est facilement utilisé à tort afin de dissimuler l'évaluation personnelle et honteuse d'un patient de la part d'un thérapeute. [...]

Nous aimons certains de nos patients et en détestons d'autres (et souvent, aimons et détestons le même patient), et nous traduisons ces convictions, parfois à juste titre, en « traitable » ou « non traitable », « pronostic favorable » ou « pronostic réservé ». Aux patients qui présentent quelque aspect de notre idéal du moi, tel que courage, honnêteté, capacité d'aimer, on pardonnera beaucoup de leur pathologie ; ceux qui nous provoquent doivent supporter notre courroux bien que nous puissions être trop bien élevés, insensibles ou inconscients pour l'exprimer ouvertement. La moralité est peut-être le plus rigide des contre-transferts. »

4.5. LE GROUPE DE RECHERCHE SUR LA "TRANSSEXUALITE"

Je suis arrivé dans le groupe de recherche début 1998. J'ai eu connaissance de son existence lors d'un cours de licence. Pour moi ethnopsychiatrie signifiait une spécialité par rapport aux patients migrants. Je n'avais donc pas imaginé y avoir recours.

Tout de suite je me suis trouvé à l'aise au Centre Georges Devereux¹⁷. Pour la première fois, des personnes pouvaient savoir qui j'étais et me considérer naturellement comme un homme, comme quelqu'un de "normal". Ils ne détenaient pas un "savoir" sur les personnes dites "transsexuelles".

Le "groupe (de recherche) trans" créé et dirigé par Françoise SIRONI se réunit une fois par semaine. Il discute des théories, des "cas" rencontrés, des lectures, participe à des colloques... Il reçoit en consultation de recherche des personnes concernées par la question "transsexuelle", que ce soit celles qui font le parcours, celles qui s'interrogent sur elles-mêmes, ou celles qui s'occupent de cette question professionnellement ou dans des associations. Le dispositif est celui de l'ethnopsychiatrie¹⁸. Les personnes sont reçues en groupe. Habituellement, les consultations comportent un ou plusieurs thérapeutes, des stagiaires étudiants de troisième cycle (ou pour de rares exceptions en maîtrise), des représentants du monde des personnes qui viennent consulter et, si possible, des familles.

Actuellement le groupe de recherche est composé de Françoise SIRONI, Lucien HOUNKPATIN, Jean-Luc SWERTWAEGHER, (psychologues), Annick DOLEDEC et moi-même (stagiaires). Dans le groupe, je suis à la fois stagiaire apprenti psychologue et représentant du monde "transsexuel". Ce n'est pas une position toujours simple car je dois séparer l'associatif de la recherche.

Les personnes ou institutions qui contactent le groupe le connaissent par les institutions, les associations, le bouche à oreille.

4.6. LE DIAGNOSTIC DE "TRANSSEXUALISME"

Actuellement et depuis une vingtaine d'années, en France, le diagnostic de "transsexualisme" relève du psychiatre. Il se fait par élimination des troubles proches par la symptomatologie, Jacques BRETON (1985) pp. 59-76. C'est ce qu'on appelle un diagnostic différentiel. Les candidats à la chirurgie de redétermination sexuelle ne doivent pas présenter de pathologie comme la psychopathie, la schizophrénie, la

¹⁷) Centre Georges Devereux - Université de Paris 8 - 2, rue de la Liberté - 93526 Saint-Denis Cedex 02.

(Centre universitaire d'aide psychologique.)

¹⁸) Décrit par ailleurs dans plusieurs ouvrages de Tobie Nathan, le fondateur de ce dispositif ethno-clinique.

paranoïa, ni de délire. Pour le diagnostic, les psychiatres se font aider par des psychologues cliniciens qui font passer aux personnes concernées par le syndrome de Benjamin des tests projectifs (Rorschach, TAT), une échelle de féminité masculinité (MMPI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory) et un test de niveau intellectuel (Benois-Pichot)...

Plusieurs personnes "transsexuelles" m'ont dit avoir orienté leurs réponses aux tests et les craindre. Voir l'entretien n°4, annexe G, la partie sur les tests, dont voici un extrait :

« A propos du Rorschach et de tous les tests psychologiques qu'on nous fait subir, on travestie complètement les réponses. On ne va pas donner des réponses qui sont susceptibles de laisser penser certaines choses au psychologue. On va donner des réponses très softs ou, je dirai, qui sont très très loin d'un caractère sexuel ou quoi que ce soit. Je me souviens, dans TAT, qu'il y avait une scène¹⁹ où ma première idée c'était un viol ou quelque chose comme ça, c'est évident que je n'ai pas dit ça. Je ne sais plus ce que j'ai raconté, si je crois que j'ai raconté «le type rentre de son travail, il est fatigué, sa femme l'attend tout simplement au lit», quelque chose de très très soft.

[...]

Par contre, ce qui paraît hallucinant, c'est le test, je ne sais plus comment il s'appelle, c'est une multitude de questions à classer en "oui" ou "non" et au milieu "ne sait pas", "peut-être". Et moi, effectivement, d'abord j'ai mis énormément de temps à répondre à ces questions. Tu avais des questions du genre : «est-ce que vous êtes constipé ?» Des questions aussi con que ça ! Tu vois.

[...]

Je me souviens que les tests, c'est la chose qui m'avait mis le plus mal à l'aise. J'étais très angoissé par le fait que la psy pouvait dire n'importe quoi... Tout interpréter selon ses désirs. J'avais l'impression d'être, et j'étais à la merci d'une mascarade institutionnalisée ; je parle évidemment du "pouvoir psy". »

De ce fait, les résultats de ces tests ne me semblent pas fiables. Je laisse donc cette partie du diagnostic de côté, la considérant comme non pertinente.

L'objectif des psychiatres est de s'assurer que l'état du patient sera amélioré par le traitement. Tant qu'ils n'en sont pas sûrs, ils s'abstiennent de tout traitement. Ils s'informent sur l'attirance affective et sexuelle des candidats.

Jusqu'à récemment, les "transsexuelles" (homme vers femmes) lesbiennes (attirées par des femmes) n'étaient pas acceptées. Pour la plupart des psychiatres, il faut que les personnes soient hétérosexuelles après l'opération. D'un autre côté, si elles sont homosexuelles avant les traitements médicaux (hétérosexuelles après), on leur dit

¹⁹⁾ TAT, planche 13 MF : au premier plan, un homme debout, habillé, le bras levé devant les yeux, tourne le dos à une femme (au second plan) couchée sur un lit, la poitrine dénudée.

qu'elles n'assument pas leur homosexualité. Il faudrait savoir ! Le sexe psychologique, (sentiment d'être femme ou homme), n'est pas l'attirance affective et sexuelle (désir pour l'autre).

De même, les "transsexuelles" prostituées sont refusées. Comme si la prostitution était liée au sexe psychologique ! Commençons par donner des papiers d'identité et un numéro de Sécurité Sociale en accord avec l'apparence physique des personnes dites "transsexuelles", et une bonne partie de celles qui n'ont pas choisi de se prostituer quitteront cette activité.

LA SEXUALITE DES "TRANSSEXUELS"

PARTIE 2

**A PROPOS
DE LA SEXUALITE**

5. LA SEXUALITE

Le résumé de la partie historique qui suit est tiré :

- du *chapitre 1 : regards multiples sur la sexualité*, pp. 2-16, de Bernard GERMAIN et Pierre LANGIS, (1990), dans *La sexualité : regards actuels*, pour une grande partie ;
- de la revue *Communication* à laquelle ont participé les auteurs suivants : Philippe ARIÈS, (1982a, 1982b), *L'amour dans le mariage et Le mariage indissoluble*, Jean-Luc FLANDRIN, (1982), *La vie sexuelle des gens mariés dans l'ancienne société : de la doctrine de l'Eglise à la réalité des comportements*, Michael POLLAK, (1982), *L'homosexualité masculine ou le bonheur dans le ghetto ?*, Jacques ROSSIAND, (1982), *Prostitution, sexualité, société dans les villes françaises au XV^e siècle*, et Paul VEYNE, (1982), *L'homosexualité à Rome* ;
- et de mes connaissances personnelles sur la question.

Certains auteurs en contredisent d'autres, ce qui rend l'exercice difficile. Pour toutes les civilisations, les documents historiques existants proviennent des classes aisées ou dirigeantes, on ne sait donc rien ou presque des autres classes.

5.1. PETIT HISTORIQUE

Les premiers êtres vivants n'avaient pas de sexe. Ils se reproduisaient par duplication. Beaucoup de ces êtres simples existent encore. En évoluant, la nature et les êtres se sont complexifiés. Le mode de reproduction a changé, des être sexués sont apparus. Au début les semences que les femelles et les mâles expulsent se mélangent à l'extérieur des corps. Il n'y a pas de contact entre les deux sexes. Il fallait une grande quantité de gamètes pour produire beaucoup d'embryons afin que quelques uns, en proportion, naissent et arrivent à l'âge adulte pour pouvoir perpétuer l'espèce. Ce mode de reproduction permet une multiplicité des combinaisons génétiques et donc une variété des espèces. Par la suite l'un des deux sexes, (la femelle), héberge les oeufs, ce qui permet à l'autre de déposer directement sa semence dans une cavité située dans le corps de la femelle qui va héberger le développement de l'embryon de plus en plus longtemps (jusqu'à sa maturité complète). Ce mode de reproduction est plus économique, il y a moins de pertes d'embryons. Les espèces se multiplient plus facilement. C'est ce mode de reproduction sexué qui est celui des mammifères et donc des humains. Le développement des glandes mammaires permet aux femelles d'allaiter leurs petits jusqu'à ce qu'ils puissent manger des aliments solides. Pour favoriser la reproduction, la nature fait bien les choses. Les mâles et les femelles sont généralement attirés l'un vers l'autre. Les humains peuvent se reproduire toute l'année.

La reproduction se fait par l'intermédiaire d'un rapport sexuel entre un mâle et une femelle, c'est généralement une source de plaisir pour les partenaires. C'est ainsi que la sexualité a pris une place importante dans les sociétés humaines.

La nudité et la pudeur évoluent et sont variables selon les civilisations et les époques. Chez certaines peuplades, les hommes sont partiellement vêtus, chez d'autres se sont les femmes. Certaines parties du corps sont cachées, elles sont montrées ailleurs. En Europe jusqu'au XVI^e siècle, on se lavait dans la maison ou dans un endroit public, on dormait nu, on s'habillait et se déshabillait devant les autres. Les Grecs avaient un penchant pour le nu masculin et les Romains pour le nu féminin.

Pour les orientaux la sexualité est un devoir, et ils recherchent l'harmonisation de l'équilibre entre l'individu et les forces universelles. Le sexe est exempt de la notion de péché. L'homme renforce son élément yang (énergie masculine) au contact du ying (énergie féminine). Il est important que la femme ait un orgasme. Pour ce faire, ils ont conçu des traités érotiques très détaillés. Au III^e et IV^e siècle après J.C., naît en Inde une approche mystique de la sexualité à travers le tantrisme. Le monde islamique a emprunté à l'Orient un érotisme assez raffiné et à l'Occident la domination sur la femme la réduisant à l'infériorité et au service sexuel. Chez les Juifs, vers 600 avant J.C., il y a une acceptation franche et non puritaine du sexe. Mais vers 550 avant J.C., tout plaisir, surtout sexuel, devient mauvais. On tient la femme pour responsable, la culpabilité apparaît, on condamne le corps et la chair. La sexualité s'organise strictement autour de la procréation, tout le reste, (inceste, homosexualité, sodomie), est interdit.

Toutes ces sociétés ont en commun une organisation patriarcale et patronymique. La famille est fondée sur la descendance masculine.

Pour les grecs de l'antiquité, la sexualité n'est pas honteuse, c'est même une source de plaisir. Les perversions sexuelles semblent ne pas exister. Peut-être que les cultes de Dionysos et de la fécondité assurent un équilibre en laissant libre cours aux pulsions "déviantes". Tant qu'elles ne menacent pas la famille, la masturbation et l'homosexualité sont acceptées, mais l'homosexualité exclusive et la prostitution ne le sont pas. Dans ce sens on peut parler de bisexualité. L'homosexualité féminine et masculine se pratiquent aussi sous une forme pédérastique pédagogique (bien que l'âge ne soit pas précisé, elle concerne les jeunes). Durant le coït anal, le garçon passif absorbe les bonnes qualités de l'adulte. Le rôle passif est toléré pour un garçon entre 15 et 19 ans. Le lesbianisme existe aussi probablement tant à Sparte que dans l'île de Lesbos au VII^e siècle avant J.C. La bisexualité est courante à partir du V^e siècle avant J.C., un courant moins prosexuel prêche le contrôle de la raison sur les plaisirs inférieurs du corps et de la chair. Au IV^e siècle avant J.C., c'est une vision de la sexualité

uniquement procréatrice qui s'installe progressivement sur l'impulsion des stoïciens qui s'opposent aux épicuriens sur ce sujet. Le christianisme reprendra la vision stoïcienne de la sexualité.

Les dieux multiples et les coutumes des romains sont proches de ceux des grecs. Mais les romains ne glorifient pas l'homosexuel qui a pour objet un esclave. Par ailleurs, ils sont pudiques. Le mot pudique vient de *pudenda* (parties honteuses). Notons que le nerf sexuel des humains est nommé PUDENTAL NERVE en anglais et NERF HONTEUX en français ! Les femmes sont moins discriminées, elles sont moins recluses que chez les grecs. Au théâtre, les rôles féminins sont toujours joués par des hommes. Comme chez les grecs, les cultes de la fécondité se terminent par des orgies. La prostitution perd son caractère religieux pour devenir une affaire de commerce. Malgré tout cela, la vision de la sexualité est assez positive. La contraception et le plaisir sont acceptés. Les mots *cunnilinctus* (cunnilingus), *fellation*, *masturbation*, *prostitution*, *tribadisme* (lesbianisme), nous viennent des romains.

Le début de l'ère chrétienne coïncide avec le déclin de la civilisation romaine. Les chrétiens accentuent la séparation du corps et de l'esprit et renforce la supériorité de l'homme sur la femme. Nous naissons entre les matières fécales et l'urine donc le corps est sale, l'orgasme est une crise d'épilepsie ou de rage qui éloigne de Dieu. C'est le lien entre la chair et le péché, ce qui entraîne la culpabilité. La chasteté devient un idéal même dans le rapport conjugal car l'homme qui aime trop sa femme est coupable d'adultère. L'acte de chair est interdit à divers jours de la semaine et moments de l'année, il reste 185 jours de libres pour la sexualité conjugale. La contraception est un péché abominable. La sodomie, la masturbation, la pénétration vaginale par derrière, la position de la femme sur l'homme sont condamnées. La prostitution est considérée comme un mal nécessaire à l'évacuation du trop plein sexuel des hommes pour préserver la société de la débauche. Aucun des interdits religieux ne l'est dans la société civile, mais ces interdits viennent progressivement empiéter sur les lois laïques. En 1120, la loi médiévale rend passible du supplice du feu les coupables de sodomie.

Après que le christianisme se soit répandu sur l'Europe, il s'écoule plusieurs siècles (du IX^e au XII^e siècle) avant que l'Eglise ne puisse imposer son mariage. Il lui a fallu influencer les dirigeants, les convertir. Cela s'est, semble t-il, fait facilement dans les campagnes où la stabilité (non répudiation, non divorce) était déjà de rigueur. Quand l'Etat est devenu chrétien, il a prôné la morale de l'Eglise. Avant le IX^e siècle, le mariage qui est un acte civil arrangé entre les familles des futurs époux, devient progressivement religieux sous l'impulsion de l'Eglise. Le curé devient le témoin indispensable. Puis, le mariage n'est plus arrangé, il devient amoureux, les époux doivent être tous les deux consentants. La célébration qui se faisait au café ou chez

les parents de la mariée, se fait sur le parvis de l'église puis à l'intérieur de l'église pour devenir une cérémonie religieuse. Le clergé commence à tenir l'état-civil. Avant cela seules les classes dominantes ou nobles faisaient tenir leur généalogie. Chez les nobles, le mari pouvait répudier sa femme si elle ne lui donnait pas une descendance. Le mariage en devenant religieux, devient également indissoluble. Concession des nobles à l'Eglise, la répudiation disparaît. Au XV^e siècle, on commence à utiliser la ceinture de chasteté pour contrôler la femme, cette créature sexuellement dangereuse.

Du XIII^e au XVIII^e siècle, l'Inquisition atteint des sommets de bêtise humaine surtout entre le XVI^e et le XVII^e siècle. De l'Eglise nous tenons l'Imago de la Mère et de l'Épouse modèle assimilées à la Madone, et celle de la prostituée associée à l'anti-Madone.

Le moyen âge est contradictoire. D'un côté inhibition, ascétisme et refus de la sexualité, de l'autre, l'érotisme est cultivé dans l'amour courtois et les femmes sont glorifiées et condamnées en même temps. Au XV^e siècle, les enfants illégitimes et les prostituées sont nombreux. La syphilis les limite vers la fin du XV^e siècle. Les cardinaux et les papes se signalent par leurs excès sexuels, notamment Alexandre VI, pape de 1492 à 1503. Cette sexualité plus ouverte donne naissance au protestantisme (la *réforme*) et un retour de la morale sexuelle (la *contre réforme*). Le célibat est banni et l'affection dans la sexualité est réhabilitée dans le cadre du mariage. La femme devient une associée au lieu d'une servante. Le mariage répondant aux besoins sexuels, la prostitution et l'adultère ne doivent plus exister. Entre 1500 et 1800, l'État légifère sur la moralité et l'Eglise peut s'appuyer sur les lois pour contrôler les mœurs. La classe dirigeante continue le libertinage sexuel sans être vraiment inquiétée. On assiste à des mouvements de balancier entre le retour de la sexualité et celui de la morale sexuelle. Le libertinage succède à la morale qui succède au libertinage.

Le condom est inventé pour lutter contre la syphilis. La contraception (coït interrompu, espacement des relations sexuelles, préservatif) se répand alors que l'infanticide est important. Les conditions économiques jouent probablement un rôle dans ces faits. C'est le retour des maîtresses qu'on entretient. En France, on enferme dans des hôpitaux les prostituées et les libertins pour protéger la famille.

Au XIX^e siècle, la répression sexuelle s'installe à nouveau, mais la femme est perçue comme pure, vertueuse et asexuée tandis que l'homme a des tendances bestiales. Le divorce se rétablit vers 1884 en France.

Avant que la médecine découvre que la femme n'a pas de semence, on pensait que pour procréer, il fallait que le couple mélange leurs semences. On pensait que la semence provenait du plaisir. Si cette découverte médicale est une avancée pour la médecine, c'est un recul pour la sexualité des femmes. Dès ce moment on minimise le

droit au plaisir pour les femmes. Non seulement on pense qu'elles n'ont pas besoin de jouir, mais on craint qu'elles ne deviennent infidèles si elles connaissent le plaisir. Le mieux est donc que tout le monde pense que les femmes ne peuvent pas jouir. Actuellement il y a encore des hommes pour croire cela.

A la fin du XVIII^e, les médecins prennent en main la santé sexuelle des personnes. Il s'ensuit une pathologisation de la sexualité. La prostitution et l'homosexualité sont des comportements déviants. La masturbation rend fou, aveugle, elle épuise, donne de l'acné... Entre 1850 et 1950, des milliers d'adultes et plusieurs enfants se mutilent le sexe pour y échapper. Les femmes commencent à s'émanciper après la première guerre mondiale. Les premières féministes se battent pour la continence et le droit de refuser le mari. Dans le même mouvement, l'Etat et l'Eglise réagissent contre la contraception et pour le repeuplement de la France en votant une loi restrictive anti-contraceptive et anti-avortement en 1920. Les féministes prennent vraiment les choses en main après la seconde guerre mondiale. Les danses se modifient, le charleston (1920), puis le rock (1950) et le twist (1960) et enfin le slow. Le corps se libère, corsets et gaines disparaissent progressivement. Les bas et le porte jarretelles, que remplacent les collants, deviennent des accessoires érotiques.

Les femmes portent le pantalon, les vêtements et les coiffures unisexes se répandent. La culture, la littérature, l'éducation, les médias permettent la diffusion d'idées nouvelles. Le divorce, la contraception, l'avortement, le concubinage accélèrent la libération de la femme. Le mouvement de libération des homosexuels suit de peu celui des femmes. L'abrogation des lois anti-homosexualité se répandent progressivement en Europe. La pornographie explose mais le tabou sexuel n'est pas encore levé. Dès qu'il y a un nouveau média, le sexe s'en empare, (la littérature, les revues, la photo, le cinéma, le téléphone rose, le minitel rose et plus récemment internet).

Les femmes ont toujours le fantasme du prince charmant tandis que les hommes ont toujours celui d'une "pin-up" qui fait tout ce qu'ils veulent. Quand les hommes collectionnent les conquêtes (donjuanisme), ils sont valorisés alors que si les femmes font de même, elle sont vues comme des "putes". Ces décalages sont source d'incompréhensions et de conflits. Ils sont entretenus par l'éducation, les fables, les contes et les histoires qu'on raconte aux enfants dès leur plus jeune âge.

Progressivement les sexologues prennent le pouvoir concernant la sexualité. C'est à eux qu'échoit cette nouvelle discipline. Von KRAFT-EBING, Magnus HIRSFIELD, Wilhelm REICH, sont considérés comme des précurseurs de la sexologie moderne. Les sexologues sont d'abord des médecins, puis des psychologues, des sociologues, des anthropologues qui les rejoignent pour étudier tous les champs de la sexualité. Pour l'instant seuls les médecins ont droit au titre de sexologue après avoir suivi une

formation spécifique. Il est question d'étendre cette possibilité aux psychologues cliniciens.

5.2. ACTUELLEMENT

De tous temps, culture, politique, et sexualité sont liées. L'identité sexuée (féminin, masculin) est une construction sociale. Les enfants sont éduqués en fonction de leur sexe. Les rôles sociaux varient en fonction des sociétés culturelles. Les hommes qui n'enfantent pas mais qui contribuent à la conception, se sentaient-ils à ce point menacés²⁰ pour imposer aux femmes un statut inférieur ? Les féministes ont obtenu des victoires, (travail, vote, études supérieures, contraception, avortement...), mais l'égalité entre les sexes n'est pas encore totale. Les hommes restent très majoritaires au pouvoir des structures importantes, Etats, grandes entreprises, médias, religions, partis politiques, syndicats... Ils continuent de peser sur la sexualité, les bonnes moeurs, etc. En Occident, les médias diffusent toujours ces valeurs qui sont héritées du passé. La sexualité à l'école en est encore à "et le spermatozoïde rencontre l'ovule" mais on ne dit rien sur la puberté, les sentiments, les relations sexuelles, la contraception, la masturbation. Le Sida et les MST (maladies sexuellement transmissibles) sont pas toujours abordées. Il me semble que tout cela devrait faire partie d'un programme de sixième²¹.

La virginité des femmes est encore exigée dans nombre de sociétés, et en France, par nombre de familles. Les pouvoirs religieux continuent à diffuser des idées obscurantistes et influencent encore nombre de personnes. Pourquoi seuls les hommes auraient-ils le droit d'avoir une vie sexuelle avant une vie en couple ?

De même, la sexualité des vieux n'a pas droit de cité dans nos sociétés. Les maisons de retraite la répriment.

Les notions de féminin et de masculin sont abordées par les psychanalystes Sigmund FREUD (1905) et Sandor FERENCZI (1929). Elles sont également présentes dans toute leur oeuvre. Pourquoi est-ce important pour eux ? Sans doute parce que féminin va de paire avec femme et masculin avec homme. Tandis que ces notions n'apparaissent pas chez Wilhelm REICH (1970), ni chez Tobie NATHAN (1977) qui abordent la sexualité

²⁰) CREPAULT (1997), p. 47, « Une fois que le garçon a acquis son identité masculine, la mère est perçue comme source de sécurité mais, en même temps, comme une menace pour l'intégrité masculine. » Il ajoute en note de bas de page : « Lederer (1980) a très bien montré comment cette peur de la femme était solidement ancrée dans l'histoire des sociétés humaines et dans les mythologies. D'ailleurs on peut s'étonner que l'image de la «mauvaise» mère ne se retrouve pas directement dans l'oeuvre de Freud. »

²¹) Depuis la rentrée 1999, l'Education nationale a mis en place pour toutes les classes du collège une SEQUENCE D'EDUCATION A LA SEXUALITE ET A LA SANTE où tous ces éléments seront abordés quelques heures par an. Communication personnelle.

par le côté politique²². Claude CREPAULT (1997), sexologue canadien, m'a donné quelques idées. Bernard GERMAIN et Pierre LANGIS (1990) traitent d'informations concrètes sur la sexualité. Une bible que chaque famille devrait avoir. Les rapports de Shere HITE (1983, 1988) sont des études sociologiques sur la sexualité qui font tomber nombre d'idées reçues. Colette CHILAND (1999), psychanalyste et féministe, dénonce les dérives de la sexualité : le sexe mène le monde, (c'est aussi le titre de son livre).

La partie sexologique de Claude CREPAULT (1997), traitant des fantasmes (rêveries érotiques) me paraît plus constructive que la partie psychanalytique. Cela m'a poussé à inclure un item à propos des rêveries érotiques dans le questionnaire. L'auteur aborde les difficultés sexuelles de ses patients en travaillant sur les scénarios érotiques. Mais rien ne concerne en particulier les personnes dites "transsexuelles". Il y parle également de l'homosexualité mal vécue en tentant de rendre hétérosexuels les patients malheureux d'être homosexuels.

Si la société était plus favorable à l'homosexualité en accordant l'égalité des droits aux couples homos et hétéros, si l'homosexualité n'était plus considérée comme négative, il n'y aurait probablement presque plus personne qui consulterait pour ce motif.

Pour Tobie NATHAN (1977), p. 54, « [...] la sexualité est un domaine où il est impossible d'établir des normes ; habituellement, les « théories » ne servent qu'à masquer l'aspect spécifiquement sexuel, c'est à dire celui qui a trait à la jouissance. Or la jouissance est par essence indescriptible, et donc encore moins théorisable. »

Pour Sigmund FREUD (1905), la sexualité n'est pas limitée aux seules parties sexuelles, tout le corps est concerné. Il ne parle de perversion²³ que lorsque le but sexuel normal (la pénétration vaginale ou coït) est sacrifié aux pulsions partielles (qui concernent les perversions). Le contact des lèvres, de la langue avec les parties génitales, l'utilisation de l'orifice anal, par exemple, en font partie, mais pas le baiser (bouche/bouche). Bien que le dégoût limite sans doute les buts sexuels, les organes génitaux, en général, ne sont pas concernés.

FREUD (p. 61) en parlant du dégoût et de l'anus : « Que l'on ne me prête pas, cependant, une position partisane, si j'avance que l'explication de ce dégoût, à savoir que cette partie du corps sert à l'excrétion et entre en contact avec ce qui est dégoûtant en soi — les excréments —, n'est guère plus plausible que celle que les jeunes filles hystériques

²²) Nathan : par l'étude ethnopsychiatrique des sujets dans leur environnement, c'est-à-dire la psychanalyse et la politique. Reich par l'analyse psycho-politique .

²³) Au sens psychanalytique du terme, c'est-à-dire sans jugement moral ni d'aucune sorte.

allèguent à propos de leur dégoût de l'organe génital masculin : il sert à la miction.

Le rôle sexuel de la muqueuse anale ne se réduit en aucune façon aux rapports entre hommes, son élection n'est nullement caractéristique d'une sensibilité invertie. Il semble au contraire que la prédication de l'homme doive son rôle à l'analogie qu'elle présente avec l'acte accompli avec la femme, alors que la masturbation mutuelle est le but sexuel que l'on rencontre le plus fréquemment dans les rapports entre invertis. »

Le toucher (les caresses) et la fonction scopique (le regard) sont nécessaires pour l'excitation. Le vêtement cache le corps, il tient en éveil la curiosité sexuelle.

A propos du sadomasochisme, p. 69, « Dans le langage courant, le concept de sadisme varie de la désignation d'une attitude simplement active envers l'objet²⁴ sexuel, puis d'une conduite violente, jusqu'à celle de la liaison exclusive de la satisfaction à l'asservissement de l'objet et aux sévices qui lui sont infligés. A strictement parler, seul ce cas extrême mérite le nom de perversion. »

Puis, p. 73, « L'expérience quotidienne a montré que la plupart de ces transgressions, en tout cas les moins graves d'entre elles, forment un élément rarement absent de la vie sexuelle des bien-portants et que ceux-ci leur accordent la même valeur qu'aux autres intimités. »

FREUD attribue le fait que ses théories dérangent au fait qu'on assimile la pulsion sexuelle "normale" à la sexualité dont il fait dériver les symptômes psychonévrotiques. Si l'on suit FREUD, tous les jeux sexuels, toutes les pratiques sont "normales" si le coït est le but principal.

Encore faut-il posséder un instrument (sexe) utilisable pour cela, à savoir un vagin, un clitoris ou une verge fonctionnelle. Nous verrons que cela n'est pas toujours le cas des personnes dites "transsexuelles".

FREUD (1905), note de bas de page 1, p. 136, rejoint Wilhelm REICH : « L'éducation culturelle moderne, comme on sait, se sert du sport à une vaste échelle afin de détourner la jeunesse de l'activité sexuelle ; il serait plus juste de dire qu'elle remplace chez les jeunes la jouissance sexuelle par le plaisir du mouvement et pousse l'activité sexuelle à un retour vers l'une de ses composantes autoérotiques. » C'est-à-dire la masturbation. Cette dernière est moins épanouissante qu'une relation sexuelle.

A propos de la tension sexuelle, il émet plusieurs hypothèses sur sa provenance. A l'époque les connaissances biologiques ne permettaient pas d'y apporter une réponse.

Là encore, nous trouvons des informations chez les "transsexuels" concernant le rôle des hormones sur la tension sexuelle.

²⁴) La psychanalyse désigne par le mot objet le partenaire (objet du désir) pas seulement sexuel. (Note en bas de page de FREUD.)

Selon Sandor FERENCZI (1929), p. 31, l'être humain est bisexuel tant sur le plan organique que psychique. Le garçon a des glandes mammaires rudimentaires et la fille un minuscule membre viril (clitoris).

On peut noter que des oestrogènes administrés aux "transsexuelles" développent la glande mammaire comparablement à celles des femmes. Tous les volumes sont possibles, cela dépend des sensibilités génétiques personnelles (récepteurs hormonaux). Par la suite, beaucoup font mettre des prothèses mammaires parce qu'elles souhaitent avoir une poitrine plus voyante. Leurs seins sont aussi sensibles que ceux des femmes. Les androgènes administrés aux "transsexuels" développent le clitoris qui atteint plusieurs centimètres (2 à 5 ou 6 cm).

D'après Sandor FERENCZI (1929), P. 37, les personnes âgées perdent une partie de leurs caractères sexuels secondaires, la femme se virilise (voix plus rauque, parfois début de moustache) et l'homme se féminise (perte de muscles et de la pilosité). C'est dans l'enfance et dans la vieillesse que le caractère bisexuel se manifeste le plus clairement.

La tendresse et la sensualité sont nettement séparées par la culture. Cette exigence de la société ne facilite pas la réunion de ces deux tendances.

Pour Sandor FERENCZI (1924), p, 63, le coït ne peut avoir pour but qu'une tentative du Moi de retourner dans le corps maternel.

FREUD et FERENCZI rejoignent une partie des idées de CREPAULT (retrouver la fusion originelle avec la mère) quand ils disent que l'homme cherche dans le coït à retourner dans le corps maternel.

REICH (1936), pp. 60-61, « Ces psychanalystes allemands qui, par leur mentalité bourgeoise ou sous la pression de la situation politique allemande, tentèrent une mise au pas (*gleichschaltung*) de la psychanalyse, justifiaient leur attitude anti-scientifique par des citations empruntées aux écrits de Freud. Celles-ci contiennent en fait des formulations qui annulent le caractère révolutionnaire des découvertes cliniques de la psychanalyse et qui démontrent clairement la contradiction entre le savant et le philosophe bourgeois de la culture chez Freud. L'une de ces citations dit :

«C'est une incompréhension grave, que l'ignorance seule peut expliquer, de dire que la psychanalyse attend la guérison de la maladie névrotique d'un «libre exercice» de la sexualité. Au contraire, le fait de rendre conscients les désirs sexuels refoulés rend possible leur *contrôle* (souligné par moi W. R.), contrôle qui n'aurait pas pu être réalisé par le refoulement. Il serait plus exact de dire l'analyse libère le névrosé des chaînes de la sexualité.» (Ges. Schriften, Bd XI, p. 217 sq.)

Si par exemple la fille, âgée de 17 ans, d'un haut dignitaire national-socialiste, souffre d'attaques hystériques résultant d'un désir refoulé de relations sexuelles, ce désir, grâce au

traitement psychanalytique, sera reconnu, pour commencer, comme un désir incestueux, et sera rejeté comme tel. Fort bien. Mais qu'advient-il du besoin sexuel ? Selon la formule exprimée ci-dessus, la jeune fille est «libérée» des chaînes de la sexualité. D'un point de vue clinique cependant, il apparaît que, lorsque la jeune fille, grâce à l'analyse, se libère de son père, elle se libère seulement des filets du désir incestueux, mais *non pas de sa sexualité en tant que telle*. La formulation néglige ce fait essentiel. »

CHILAND (1999), rejoint REICH sur la nécessaire égalité entre les femmes et les hommes, tant dans la société que dans la sexualité. Elle reprend des points de vue politiques et féministes que j'ai exposés au début de ce chapitre et sur la partie sociologique, notamment p. 172 sur les frasques des rois de France et le mariage catholique, p. 173 sur la masturbation objet de la réprobation parce qu'elle rendait fou, idiot, malade, p. 174 sur la culture et la littérature...

CHILAND (1999), p. 22 : « La deuxième «contribution à la psychologie de la vie amoureuse» concerne une forme d'impuissance virile qui n'apparaît qu'avec certaines femmes et non avec d'autres. Elle résulte, nous dit Freud, de ce que les deux courants de la sexualité, le courant tendre et le courant sensuel, ne sont pas rejoints. Le courant tendre est le plus ancien, tendresse de l'enfant pour ses parents et pour les personnes qui lui donnent des soins, et tendresse de ceux-ci pour l'enfant. Cette tendresse n'est pas exempte d'érotisme. Mais l'érotisme se détourne de ses buts sexuels dans l'enfance. Lorsque survient la puberté, au courant tendre s'ajoute le «puissant courant sensuel» qui ne méconnaît plus les buts sexuels. Se heurtant à la barrière de l'inceste (les parents, premiers objets d'amour de l'enfant, sont interdits comme objet de relations sexuelles), le courant sensuel se tourne vers d'autres objets que des objets infantiles, et tendresse et sensualité sont alors réunies. Si un homme demeure fixé à ses objets incestueux, il ne peut éprouver que de la tendresse et non du désir pour les personnes qui les lui rappellent. »

C'est la madone et l'anti-madone.

FREUD et FERENCZI pensaient que chez la femme, la zone érogène du clitoris se déplaçait sur le vagin pour qu'elle l'investisse. Dans Shere HITE (1983), il n'est pas rare que les femmes n'aient pas de jouissance vaginale (parce que les hommes vont trop vite, parce qu'elles ont mal, parce qu'elles ne sont pas excitées et donc pas lubrifiées...). Pour un bon nombre d'entre elles, la seule façon de parvenir à l'orgasme est de stimuler le clitoris. Qu'elles investissent ou non leur vagin, les femmes gardent toutes une grande sensibilité clitoridienne. Celles qui ont du plaisir vaginal vivent mieux le coït que celles qui n'en ont pas.

Les couples en vieillissant découvrent que le coït n'est pas la seule façon d'avoir du plaisir ou un orgasme. Cela fait tomber la pression sur l'homme de devoir avoir une

érection. L'homme peut avoir un orgasme sans érection et sans éjaculation et la femme peut en avoir un avec son clitoris. Les vieux deviennent philosophes et se laissent aller, prennent leur temps. La tendresse prend plus de place. Même si elle est moins fréquente, leur sexualité est plus épanouie, les partenaires se connaissent bien et ils sont complices.

A leur époque, FREUD et FERENCZI ont rencontré beaucoup de cas d'hystérie (toujours chez les femmes). Cette dernière, qui se rencontre également chez les hommes, tend à disparaître depuis que la sexualité s'est quelque peu libérée. L'hystérie est même sortie du DSM depuis la version quatre.

Cela confirmerait-il les théories de REICH sur la liberté sexuelle ? Depuis quelques années, la prostitution évolue. Les jeunes hommes sont moins clients que par le passé. Ils trouvent plus facilement des partenaires, même ponctuellement. Les "clients" n'ont plus les mêmes demandes. Ainsi on voit apparaître de plus en plus d'homosexuels qui se prostituent, de travestis et de "transsexuelles". Les clients de ces dernières catégories sont souvent des cadres en BMW, aisés, pères de famille, venus réaliser un fantasme ou venant régulièrement. Les femmes dominatrices dans les jeux de domination ou de sadomasochisme ont également beaucoup de succès. Leurs clients sont également issus de classes sociales élevées²⁵. Les tarifs sont aussi plus rémunérateurs. Les élites ne s'appliquent pas les "normes" qu'ils prônent ou imposent à la population, à leurs "inférieurs", à leurs subalternes.

Les commentaires de certains hommes, dans Shere HITE (1988), confirmaient les propos de Reich sur le mariage. Les femmes se mariaient pour se faire entretenir en échange du devoir conjugal (sexualité). Les hommes estimaient que les relations sexuelles leur étaient dues. Dans cette histoire, les deux partenaires sont dupés. Beaucoup avaient recours à l'adultère ou, plus rarement, à la masturbation. L'institution du mariage n'était qu'une façon de contrôler la sexualité des personnes et, par conséquent, la filiation. Mais elle échoue puisqu'elle n'arrête pas l'adultère. De plus, elle rendait la femme dépendante de l'homme qu'elle ne pouvait quitter car elle n'avait pas de revenu. La stabilité des couples (avant que le divorce ne soit possible) assurait une apparente stabilité de la société. Seule la filiation légitime avait droit de cité. Pourtant si les dirigeants étaient logiques, ils conviendraient que seule la filiation maternelle est sûre. Dans ce cas, s'ils suivaient cette logique, c'est une société matrilineaire et matronymique (transmission du nom de la mère) qui devrait être en place.

L'homosexualité aurait toute sa place ici mais je ne l'aborderai pas. Je me contenterai de la considérer comme l'une des attirances affectives et sexuelles possibles,

²⁵) Communications personnelles.

(hétérosexualité, homosexualité, bisexualité). Je les considérerai toutes comme étant du même niveau et de la même qualité.

A ce sujet, Michael POLLAK, (1982), pp. 37, écrit : « Tout regard «scientifique» sur l'homosexualité pose problème. La définition même de l'homosexualité est à l'origine d'un conflit ayant pour effet la polarisation des hypothèses avancées. En gros, on peut distinguer des théories qui érigent l'hétérosexualité en norme absolue de la normalité et d'autres qui traitent toutes les manifestations sexuelles au même niveau. Les premières voient dans les comportements non hétérosexuels des déviations, voire des perversions, tandis que les secondes les considèrent comme des voies différentes, mais non hiérarchisées, vers l'orgasme. »

6. METHODOLOGIE

J'ai utilisé la méthodologie ethnopsychiatrique du *Cours de méthodologie de l'Institut d'Enseignement à Distance (IED)*, de Françoise SIRONI (à paraître). Je vais décrire tous les événements et les éléments nécessaires à la compréhension, ceci afin de permettre la traçabilité de ma recherche.

6.1. HYPOTHESES PRINCIPALES

- Les non "transsexuels", comme les "transsexuels" ne peuvent pas définir ce qu'est une femme, ni ce qu'est un homme en dehors des constructions sociales ou de la biologie.
- Les non "transsexuels", comme les "transsexuels" ne peuvent pas définir ce qu'est la féminité, ni ce qu'est la masculinité en dehors des constructions sociales ou de la biologie.

6.2. HYPOTHESES SECONDAIRES

- Le sexe psychologique est indépendant de l'identité sexuée.
- Le sexe psychologique est indépendant de l'attirance affective et sexuelle.
- L'identité sexuée est indépendante de l'attirance affective et sexuelle.
- Il n'y a pas de différence réelle entre la sexualité des non "transsexuels" et celle des "transsexuels" : ce sont les mêmes éléments qui entrent en jeu, les mêmes pratiques.

La seule différence réside dans la vision du/de la partenaire, c'est-à-dire la façon dont ce/cette partenaire perçoit la personne dite "transsexuelle". Les "transsexuels"

doivent être perçus par leur/s partenaire/s selon leur sexe psychologique et non selon leur sexe de naissance.

6.3. LES QUESTIONNAIRES

En plus de ma propre expérience, de mes lectures sur la question, cela fait plusieurs années que j'en discute avec diverses personnes concernées. Je souhaite solliciter des personnes qui ont fini le parcours afin d'obtenir le maximum d'informations sur leur évolution. Peu de personnes correspondent à ce critère. J'ai donc décidé de me passer du pré-questionnaire. Je prévois également quelques entretiens pour apporter des informations complémentaires et illustrer les questionnaires. Quand on connaît bien une problématique, on peut rédiger un questionnaire, puis le compléter par des entretiens qui approfondiront des parties plus spécifiques, complétant ainsi le questionnaire, Alain BLANCHET & Anne GOTMAN (1992).

J'ai prévu deux questionnaires. Un pour les SB²⁶ et un pour les non-SB comme groupe contrôle. Celui des SB comporte trois étapes, avant la prise de décision du traitement hormonal, pendant le traitement hormonal et après les opérations, afin de voir s'il y a une évolution entre ces étapes. Pour plus de détails, le lecteur trouvera en annexe A le questionnaire des non-SB (groupe 1, G1) et en annexe B celui des SB (groupe 2, G2).

Pour contrôler les items sur l'identité sexuée, il ne m'est pas possible d'utiliser le BSRI (BEM Sex Role Inventory) tel quel, car il est trop lourd. De plus il nécessite des calculs complexes (rotation Varimax). J'ai donc intégré quinze items liés à l'identité sexuée, cinq féminins, cinq masculins et cinq neutres. J'ai également rajouté une troisième et huitième pages sur lesquelles figurent des questions ouvertes. Normalement les termes des items de la première page devraient se retrouver dans les réponses aux questions libres sur la féminité et la masculinité. De plus ces items et les questions libres sur la féminité et la masculinité devraient me permettre de contrôler les questions :

Vous vous sentez une femme plutôt féminine masculine les 2
ou, Vous vous sentez un homme plutôt féminin masculin les 2

Le GRIFS, un groupe de recherche de l'université de Paris 8, (Henri PAICHELER, Zbigniew SMOREDA...), travaille aussi sur cette question. Ils ont fait leur propre traduction, mais je n'ai pas leur version. J'ai adapté les items à partir d'un de leurs questionnaires. Les correspondances entre les items se trouvent à l'annexe C. Ce groupe ne partage pas les théories des auteurs précédents. La thèse de SMOREDA sur ces questions n'est pas publiée, ni disponible. Je n'ai pas pu le rencontrer pour en discuter.

²⁶) Personnes concernées par le syndrome de Benjamin ("transsexuel/le").

Sur la sexualité proprement dite, je me suis inspiré des rapports HITE (1983, 1988).

Le questionnaire est anonyme. Il doit permettre de voir que les non-SB ne réussissent pas mieux que les SB à définir ce qu'est un homme, une femme, la féminité et la masculinité. C'est un leurre pour démonter les théories psychiatriques et tester la fiabilité des catégories. Il doit également permettre de voir s'il y a une spécificité de la sexualité des "transsexuels". Dans un premier temps, je vais demander à une trentaine de personnes SB, sur la fin du parcours ou l'ayant fini, de participer à mon questionnaire. Je les connais toutes personnellement et nous nous apprécions mutuellement. Chaque fois que je fais appel à elles, j'ai environ 80% de retour. J'ai également demandé à une quinzaine de SB ("transsexuels/les") qui n'ont que le traitement hormonal. La sexualité étant toujours un sujet aussi difficile à aborder, je m'attends à avoir moins de réponses qu'habituellement. J'espère en recevoir 25%. J'ai contacté par courrier une trentaine de personnes et une vingtaine lors d'une réunion à l'Association du Syndrome de Benjamin.

Alors que j'ai déjà distribué une trentaine de questionnaires à des SB, je réalise en le proposant à la synthèse du Centre Georges Devereux, que j'aurais dû demander l'origine ethnique, la nationalité et la religion. Ces éléments doivent sans doute entrer en compte dans les réponses des personnes. J'avais également déjà une dizaine de questionnaires complétés par des non-SB. Faut-il que je refasse passer un nouveau questionnaire modifié ? J'y ai renoncé car j'ai du mal à trouver des personnes qui acceptent de répondre à mon questionnaire. J'en ai distribué plus de soixante exemplaires à chaque groupe. J'en ai récolté trois déposés dans le casier prévu à cet effet au Centre Georges Devereux. Je pense que ces deux variables ne seront pas trop influentes sur l'ensemble des questionnaires. Au pire cela me permettra de voir si je peux poursuivre dans cette voie.

Début juillet, en constituant mon dossier de candidature au DESS, j'ai retrouvé dans les actes d'un colloque auquel j'avais participé, un article de Bernard CORDIER (1995), psychiatre de l'une des équipes médicales parisiennes. Celui-ci a pris la succession du Professeur Jacques BRETON, le fondateur du protocole de suivi français. Le Docteur CORDIER demande une participation active des candidats à la chirurgie de redétermination sexuelle en leur posant la question suivante : « A votre avis, quelles sont les principales différences sur le plan psychologique, intellectuel et affectif, entre les hommes et les femmes ? » C'est par les témoignages des personnes qui consultaient ce psychiatre que j'ai constitué les questions qui figurent en page 3 et 8 des deux questionnaires. Les témoignages étant incomplets, les questions du questionnaire ne recouvrent pas exactement celles de Bernard CORDIER. Malgré cette différence, je pense que les réponses donneront tout de même une indication.

6.4. LES ENTRETIENS

J'ai complété ce questionnaire par des entretiens libres d'une heure maximum avec quatre SB. Une SBF et deux SBM ayant fini leur parcours, c'est-à-dire, les opérations et le changement d'état-civil et une SBF qui est hormonée et vit comme femme depuis 20 ans. Pour les entretiens, j'ai été obligé de choisir des personnes qui me connaissent bien, qui ont confiance en moi et avec qui je suis à l'aise. La sexualité est un sujet délicat. Sans être "transsexuel", il est déjà difficile de trouver quelqu'un qui accepte de parler de sa sexualité. Le retour en arrière est également difficile pour certains, c'est ce qu'ils me disent dans leurs commentaires sur le questionnaire. A la question « *Comment vous sentez-vous à la fin de ce questionnaire ?* », le questionnaire G2-15 répond : « C'est très difficile, je ne me sens pas très bien car je ne veux plus penser à ce que j'étais avant. » Je suis donc obligé de tenir compte de l'état psychologique des personnes et de ne pas solliciter pour les entretiens celles que cela pourrait trop fragiliser.

C'est ce que confirme l'entretien n° 2 avec Yoann, annexe E, page 1. « Ça m'a remémoré des moments pénibles avec lesquels j'ai pris beaucoup de distance. Il a fallu que je replonge dans mes souvenirs pour savoir quels types de sensations j'avais eues. Ça m'a replongé aussi dans ma vie personnelle forcément puisque c'est lié et puis... Ce n'est pas forcément un souvenir agréable de replonger dans quelque chose, un mode de transformation qu'on a pas forcément voulu. A mon sens, ça n'a rien de... Ce n'est pas épanouissant, c'est un petit peu traumatisant. De toute façon, même si ce n'est pas excessif, cela signifie quand même se replonger dans une période désagréable. »

Idem pour Axelle, entretien n° 3, annexe F, page 1. « Moi, ce qui m'a gênée, ce qui peut m'avoir gênée, c'est le fait que ça parle de sexualité, qui est un truc qui m'est complètement étranger, ou je fais en sorte que cela me soit étranger. C'est genre tu ouvres le placard dont tu as fermé les portes pour te protéger parce que ça sent mauvais et d'un seul coup tu es obligée d'ouvrir les portes et tu te dis tiens finalement l'odeur me dérange vraiment. C'est un truc que vraiment j'essaie d'éviter au maximum. Autant cela ne me dérange pas chez les autres, tout ce qui peut être très sexuel... Quand ce sont les autres qui sont concernés, cela ne me gêne pas, mais quand c'est pour moi, il est clair que cela me provoque une espèce de malaise. Et puis les questions à la fin, je pense que ce sont des questions que je ne me serais jamais posées, "qui est un homme", "qui est une femme". C'est aussi dur à expliquer que pourquoi une montagne est plus haute qu'une colline ! »

Je n'ai pas construit de plan d'entretien avec des questions précises. J'ai posé deux questions à tous. « *Première question, quand tu as rempli le questionnaire qu'est-ce que ça a fait pour toi, enfin qu'est-ce qui s'est passé dans ta tête ?* » Ensuite, j'ai posé ma consigne : « *Est-ce que tu peux me parler de ta sexualité à la période que tu veux, aux périodes que tu veux, me dire ce que tu veux sur le sujet.* » Ensuite j'ai posé des

questions à partir de ce qu'ils m'apportaient sur le moment même ou sur une chose qu'ils m'avaient dite avant et qui était susceptible d'apporter quelque chose. J'ai plus utilisé les particularités des personnes, chacune pouvant apporter des informations différentes et complémentaires, sur des thèmes différents en lien avec la sexualité.

Je sais que certaines personnes de l'association liront ce travail et qu'elles pourraient reconnaître certains entretiens car ils se connaissent. Chacun des interviewés a rempli un questionnaire. Afin qu'ils restent réellement anonymes, je ne mets pas en relation les questionnaires et les entretiens. Je peux juste dire que les questionnaires sont cohérents avec les entretiens correspondants.

Les entretiens se sont déroulés au domicile des personnes, sauf pour Yoann que j'ai rejoint sur son lieu de vacances. Ils ont été enregistrés sur magnétophone avec l'accord des personnes. Après la transcription sur papier de son entretien, chacun a pu apporter les corrections qu'il souhaitait. Les échanges ont été faits par courrier ou directement. Pour des raisons de respect de la vie privée, tous les prénoms ont été changés. On trouvera l'intégralité des entretiens en annexe, Anna : annexe D, Yoann : annexe E, Axelle : annexe F, Evrard : annexe G.

6.5. LES POPULATIONS

Les non-SB (non-"transsexuels") ont été sollicités à l'université dans le cours de séminaire de mémoire et au Centre Georges Devereux où je fais mon stage, à l'extérieur parmi mes amis qui l'ont fait passer à certains de leurs collègues de travail ou dans des associations. Ils me sont anonymes, je ne les ai vraiment regardés que lorsque j'en ai eus de plusieurs horizons.

Pour les SB ("transsexuels"), le contact par courrier a été plus efficace que le contact direct à la réunion associative. Une partie des personnes sollicitées que je connais, m'a répondu. Pour la plupart, ils l'ont fait avec un petit mot comportant parfois des commentaires utiles ou leur adresse sur l'enveloppe, ce qui fait que leurs questionnaires ne sont plus anonymes pour moi. Ils sont, pour la plupart, membres de l'Association du Syndrome de Benjamin (ASB). Seuls neuf de ces questionnaires provenant de l'Association d'Aide aux Transsexuels de Marseille en plus de quelques autres me sont vraiment anonymes. L'Association d'Aide aux Transsexuels (AAT) a relayé mon questionnaire auprès de ses adhérents. Je n'en attendais pas tant. J'avais envoyé un questionnaire à sa Présidente. J'ai eu neuf retours de l'AAT et dix-neuf de l'ASB. J'ai également obtenu vingt-quatre questionnaires non-SB.

J'ai aussi reçu un questionnaire SB rempli par une personne non-"transsexuelle" qui prend un traitement hormonal que je n'ai pas intégré, mais dont le contenu me paraît

intéressant du point de vue de la sexualité et de l'interaction des hormones avec la libido. J'y reviendrai plus loin.

J'ai dû en retirer deux dans le groupe des non-SB et trois dans celui des SB. Pour les trois questionnaires SB, la page 8 est absente au premier, la page 8 du second n'est pas du tout renseignée, (comme si elle n'avait pas été lue, la personne s'étant arrêtée à la fin de la phase deux) et l'auteur du troisième n'est pas hormoné, il n'y a donc pas de phase deux. Quant aux deux questionnaires non-SB, l'un était complètement illisible pour la dernière page et l'autre ne comportait pas d'information concernant le sexe de son auteur.

7. RESULTATS ET DISCUSSION

Je ne m'attendais pas à avoir autant d'informations. Le dépouillement des questions prend plus de vingt pages sans sophistication ni graphique. Pour les informations complètes et les détails, le lecteur se reportera aux annexes où l'intégralité des données est reproduite. Le dépouillement est fait en annexe H et comporte un tableau récapitulatif pour chaque question. Les tableaux plus importants sont commentés. Seuls les nombres et les pourcentages ont été utilisés. J'ai regroupé par catégorie de sexe et par étapes. Les réponses aux questions ouvertes de la dernière page sont intégralement reportées en annexe J, les commentaires et remarques des questionnaires SB sont en annexe I.

Les 15 items de genre sont inexploitable car il y a deux erreurs. Pour les détails, le lecteur se reportera à l'annexe C.

Les groupes sont très hétérogènes. Il y a 22 questionnaires 16 femmes et 6 hommes pour le groupe 1. Il y a 25 questionnaires qui se répartissent en 15 SBF²⁷ ou nouvelles femmes et 10 SBM ou nouveaux hommes pour le groupe 2. Les âges sont mal répartis. Il y a beaucoup de jeunes dans les non-SB et les SBM²⁸ (moins de 30 ans). Il y a 4 SBF de plus de 40 ans et 9 de plus de 50 ans chez les SBF, ce sous groupe (SBF) est nettement plus âgé. Les catégories sociales (professions) ne sont pas utilisables, il y a beaucoup de "sr" (sans réponse). Le groupe des SB est celui qui fréquente les associations. Je n'ai pas cherché dans le milieu de la prostitution ou de la pornographie. Ce sera l'objet d'une étude ultérieure.

²⁷) Syndrome de Benjamin féminin = "transsexuelle" (homme vers femme) = nouvelle femme.

²⁸) Syndrome de Benjamin masculin = "transsexuel" (femme vers homme) = nouvel homme.

7.1. VALIDITE DES HYPOTHESES

7.1.1. Femme, homme, féminité, masculinité

A la lumière des ces questionnaires, il ressort que les questions de la dernière page ne sont pas clairement, ni consciemment définies. Les personnes des 2 groupes donnent des définitions sociales, génétiques, biologiques, mais pas psychologiques. Ce sont surtout les rôles sociaux et les valeurs qui y sont rattachées qui sont spécifiées. On trouve également quelques propos féministes et politiques. Notons que 3 femmes (G1-6, 8, 10) et 5 SBF (G2-3, 7, 8, 9, 10) ne répondent pas aux questions sur la masculinité et sur ce qu'est un homme alors que les hommes et les SBM répondent à toutes les questions concernant la femme et la féminité. Peut-être qu'elles n'ont répondu qu'aux questions concernant leur groupe d'appartenance. Le SBM (G2-17) dit ouvertement ne pas savoir pour ces quatre questions. G1-11, G2-10 et G2-17, ne savent pas définir la féminité, la femme, alors que G1-4, G1-19, G1-22, G2-4, G2-8 donnent des définitions moins stéréotypées, plus militantes ou politiques et G2-18 en a une image très négative. Les stéréotypes, qui réduisent la femme à une séductrice de l'homme dont elle dépend totalement sont présents surtout chez les femmes et les SBF. La plupart des hommes et des SBM ont une meilleure image de la femme et de la féminité. C'est comme si les femmes avaient intégré une forme d'infériorité qu'elles ne remettent que difficilement en cause. Les stéréotypes sont aussi présents pour la masculinité et l'homme, mais ils sont plus positifs pour les deux groupes tous sexes confondus. Cela confirme mon hypothèse principale et va dans le sens des sociologues : ce sont des constructions sociales dont les valeurs diffèrent selon les cultures.

Les "transsexuels", comme les non-"transsexuels" ne peuvent pas définir ce qu'est une femme, un homme, le féminin et le masculin en dehors des constructions sociales ou de la biologie.

Ci-dessous l'intégralité des commentaires (annexe J) sur la féminité, masculinité, la femme et l'homme. L'orthographe, la grammaire ont été corrigées tant que cela n'altérerait pas le sens du propos. La ponctuation incorrecte, (placée mal à propos, absente, virgules à la place de points et inversement...), a également été revue pour permettre une compréhension, uniquement quand cela était nécessaire et que cela ne risquait pas de modifier le sens. Les retours à la ligne inutiles ont été supprimés. En cas de doute sur le texte, il est reproduit littéralement. Les soulignements (simples et doubles), majuscules, parenthèses, flèches, guillemets sont des auteurs. Entre [crochets] la note à laquelle fait référence la personne. Entre [crochets et italiques] mes remarques et commentaires, sr = sans réponse.

La féminité vue par les femmes

« G1-1. Beauté, formes, adresse, plaire, coquetterie, Ingrid Bergman. G1-2. Douceur.

Sensualité. Être maternelle (même sans enfant). G1-3. C'est une qualité, une forme de sensibilité, une force. G1-4. Je pense qu'il y a de la féminité chez l'homme et la femme et que cela dépend du moment que l'on vit. G1-5. L'élégance. G1-6. sr. G1-7. Douceur, tendresse, attitude gracieuse, pouvoir de séduction. G1-8. Ma mère. G1-9. Les caractéristiques psychiques de la femme : douceur, bienveillance, tolérance, être minutieuse, finesse. Corps : souplesse, souriant, finesse. Tendance à chercher la bête. G1-10. D'être femme. G1-11. Je n'en sais rien... La douceur, exciter et charmer. G1-12. C'est être une femme féminine. G1-13. La féminité se joue, pour moi, surtout au niveau esthétique. On est féminine du fait d'une certaine façon de se comporter face aux autres. On a tendance à être plus sensible et à s'attendrir plus facilement. Ce qui ne met pas en doute la capacité de la femme à dominer. La femme, c'est [sait ?] mieux jouer avec ses sentiments et ses attributs. G1-14. La féminité pour moi, c'est l'image d'une personne fragile et sans diplôme. G1-15. La capacité d'accueillir. G1-16. Sensualité, duplicité, c'est être femme. »

La féminité vue par les hommes

« G1-17. Une femme "qui a des couilles". Une vraie femme ! G1-18. Fragilité apparente, douceur. G1-19. C'est un état d'esprit, une façon d'être et de vivre plus qu'une apparence physique. Chaque être ayant, pour moi, une partie féminine et masculine, même si souvent l'une est plus marquée que l'autre. Tout ceci en parlant, évidemment, à un niveau mental. G1-20. La nuit, l'eau, la douceur, les rondeurs, les interstices, l'écoute, la complicité. G1-21. Une sensibilité exacerbée, un sens du raffinement et de l'esthétisme poussé. G1-22. La beauté, la douceur, la tendresse, la "souplesse", l'art (le jeu des couleurs). »

La féminité vue par les SBF (nouvelles femmes)

« G2-1. Une certaine douceur, sensibilité et la manière de les extérioriser ou de les exprimer. G2-2. La force psychique, l'espièglerie, jouer des atouts dits "féminins" (dans notre société) psychologiques et physiques (ex : maquillage, jupe, décolleté, savoir se faire désirer...). G2-3. La féminité, c'est un état d'âme et des sentiments très différents. C'est être doux, sensitive, aimer se faire jolie, plaire à l'homme, se soigner, être tendre, sourire, sans besoin d'alcool ou drogue, être délicate, sublime, faire plaisir à l'homme qu'on aime, être disponible et aimer se donner, aimer le travail et les tâches féminines. G2-4. Elle dépend des schémas socio-culturels. C'est ce qui traduit extérieurement la fonction maternelle. Exemple : maternité => allaitement => mère nourricière=>cuisine + repas : rôle quotidien ; maternité => désir d'être enceinte => recherche du partenaire => aspect extérieur : fards, habits, parfums ; maternité => plusieurs enfants => aptitude à tout surveiller = faire plusieurs choses à la fois. G2-5. La féminité, c'est une manière de penser et d'agir par rapport à des stimulus extérieurs en rapport avec une femme. Ex : les réactions maternelles, la sensibilité, gérer des situations par rapport à ses forces et sensibilité. G2-6. Être moi et bien dans sa peau. G2-7. C'est s'occuper beaucoup de son corps, de sa beauté, de son habillement, etc. G2-8. C'est la perception psychique ainsi qu'instinctive d'appartenir au

sexe féminin et le désir sensuel et irrésistible de mettre en exergue la spécificité féminine contenue dans les attributs physiologiques (les hormones, oestrogènes), morphologiques (les seins) et sexuels (le sexe et les organes génitaux) typiquement féminins. C'est donc l'harmonie entre le genre psychique féminin et le sexe physique féminin. **G2-9.** Féminité : mener une vie de femme en acceptant les contraintes (maquillage, habillement, comportement, respect des interdits) pour se féliciter des avantages (prévenances de certains, satisfaction de paraître) et finalement se sentir bien dans sa peau. **G2-10.** Je n'en sais plus rien. **G2-11.** Un ensemble de valeurs humaines, socialement attribuées aux femmes, mais que tout être H ou F doit cultiver en proportions inversées ; regroupant tout ce qui fait l'intériorité de l'humain et la préservation de la vie, de l'élémentaire. L'expression "physique" de ces valeurs sied mieux aux femmes de sexe femelle. **G2-12.** Douceur, tendresse, stabilité, fidélité. **G2-13.** La beauté, la maternité, les enfants, les vêtements, la délicatesse, la tendresse. **G2-14.** Un certain regard bienveillant sur les autres, sur la vie, sans avoir rien à prouver. Une sensualité permanente de chaque acte même non sexuel. Apporter amour et bonheur aux autres. N'avoir pas honte de ses sentiments et tout oser. **G2-15.** Etre coquette, sentir bon, un homme qui me donne le passage avant lui, qui s'excuse, un homme qui m'offre des fleurs, me faire belle pour essayer de plaire. »

La féminité vue par les SBM (nouveaux hommes)

« **G2-16.** La sensualité, l'intelligence, la beauté de l'esprit et du corps, la connaissance, l'humour. **G2-17.** Je ne sais pas. **G2-18.** La sensibilité, le calcul, la tricherie, l'amour, le don. **G2-19.** La douceur, la dévotion, le sens du sacrifice, l'hypocrisie, la jalousie, la manipulation. Elle est plus significative sur le plan du comportement que sur l'aspect physique. **G2-20.** Une façon d'être plus douce, plus sensible. Une intuition et une écoute plus souple. Une psychologie moins rigide. **G2-21.** C'est la douceur, la faiblesse, le goût des enfants, l'émotivité, la sensibilité et la faculté de compliquer les choses simples... **G2-22.** Une sensualité accrue, une intuition, une douceur. Une finesse et des choses en soi indescriptibles. **G2-23.** Le raffinement, la légèreté. ? [*Le ? est mis par la personne.*] **G2-24.** La femme avec un grand "F" et tous ses désirs de plaire, de se faire belle. Ses besoins de maternité à donner. Douceur, son corps. **G2-25.** Ce que j'ai toujours refusé, c'est-à-dire moi-même. Refuser mon sexe car c'est de ça qu'il s'agit. Les raisons tiennent à ma compréhension rapports père/mère. Pour moi le pénis était perçu comme dangereux. »

La masculinité vue par les femmes

« **G1-1.** L'odeur. Je ne sais pas trop, c'est peut-être tout ! **G1-2.** La force tranquille. Sensualité. La protection. **G1-3.** C'est une qualité, une forme de sensibilité, une force. **G1-4.** Je pense qu'il y a de la féminité chez l'homme et la femme et que cela dépend du moment que l'on vit. **G1-5.** La force. **G1-6.** sr. **G1-7.** La force, le pouvoir, la brutalité. **G1-8.** sr. **G1-9.** Esprit logique, tolérance (direct, ne pas chercher la bête). **G1-10.** sr.

G1-11. La virilité, la protection. G1-12. La virilité. G1-13. Pour moi, c'est un rôle que doivent jouer les hommes. Bien sûr l'aspect physique est important, quelqu'un qui n'est pas bâti comme un homme a un côté moins masculin pour moi. Quelqu'un de maigre et de chétif ne correspond pas au modèle masculin que j'ai. Par contre quelqu'un d'enrobé ne me dérange pas. G1-14. C'est une personne dominatrice, capable de faire un travail intéressant. G1-15. La capacité de pénétrer. G1-16. Etre un homme. »

La masculinité vue par les hommes

« G1-17. Un homme "qui a des couilles". Un vrai homme. G1-18. Une certaine force tranquille, force physique, virilité. G1-19. Même définition que la féminité. [C'est un état d'esprit, une façon d'être et de vivre plus qu'une apparence physique. Chaque être ayant, pour moi, une partie féminine et masculine, même si souvent l'une est plus marquée que l'autre. Tout ceci en parlant, évidemment, à un niveau mental.] G1-20. La solidité, la sécurité, la rugosité, la brutalité et aussi la sérénité. G1-21. La même chose que la féminité mais dissimulée derrière une carapace. [Une sensibilité exacerbée, un sens du raffinement et de l'esthétisme poussé.] G1-22. La force, la protection, l'assise, l'art (le trait, les contours). »

La masculinité vue par les SBF (nouvelles femmes)

« G2-1. Savoir donner une idée de force et de robustesse. On aurait envie de donner comme synonyme : virilité. G2-2. La force physique, jouer des atouts dits "masculins" (dans notre société) psychologiques et physiques (ex : short moult, torse nu, faire le beau, jouer des biceps, être timide...). G2-3. sr. G2-4. Elle dépend des schémas socio-culturels. C'est ce qui traduit la fonction de procréation. Assurer la descendance donc protection de la famille physiquement et pécuniairement. G2-5. Affirmer un rôle dans la société où il y a compétition, être fort, offrir sa force et être viril. G2-6. Etre lui et bien dans sa peau. G2-7. sr. G2-8. sr. G2-9. sr. G2-10. sr. G2-11. Un ensemble de valeurs humaines, socialement attribuées aux femmes, mais que tout être H ou F doit cultiver en proportion inversées ; regroupant fait l'extériorité de l'humain et la conquête du monde, et poussée à l'extrême (machisme) de sa destruction. Valeurs nécessitant donc des valeurs féminines (écologie) comme régulateur. Le jour où les H comprendront qu'exprimer cette féminité nécessaire ne menace pas mais régule leur virilité, l'humanité cessera de foncer dans le mur et qu'est-ce que ce sera bien pour nous les femmes ! (C'est comme ça qu'on vous aime !) G2-12. Egoïsme, instabilité, infidélité. G2-13. La musculature, le pouvoir d'autorité. G2-14. Une illusion, un ensemble d'images ou de qualités confisquées. Force, bravoure, imagination, etc. G2-15. La virilité poilue, la force, l'élégance, le respect envers les femmes et qui aime la culture, les livres, l'art, la nature et qui de temps en temps m'invite à une soirée. »

La masculinité vue par les SBM (nouveaux hommes)

« G2-16. L'humour, la force, la compréhension de l'autre, protecteur. G2-17. Je ne sais pas.

G2-18. Le caractère entier, une épaule solide, le sens de la fraternité. **G2-19.** Un état d'esprit différent de celui des femmes, une logique implacable, une sensibilité réduite, un besoin de répondre à des pulsions animales (sexe, orgueil, défense de sa propriété...). **G2-20.** Une façon d'être plus puissante. Une psychologie plus pragmatique, plus pratique. **G2-21.** La force physique, la capacité à protéger, la capacité à donner du plaisir à une femme, le pouvoir de décision, l'humour, la galanterie. **G2-22.** Une certaine "fragilité", une force, une vision d'assurance. **G2-23.** La rudesse. ? **G2-24.** La sécurité, virilité, responsable. **G2-25.** Une mascarade, c'est le vêtement qui permet de masquer la volonté que j'avais de ne pas supporter d'être une fille. Il y a une différence entre ne pas vouloir être une fille et être un garçon. »

La femme vue par les femmes

« **G1-1.** Faire des bébés, allaiter, être un peu hystérique, avoir peur de grossir ou d'être moche. S'intéresser à ses ongles, aux contes de fées, aux princes charmants... **G1-2.** Contraignant, (épilation, surveiller son poids...), l'image esthétique à trop d'importance dans la tête des hommes. Douloureux, (règles, accouchements). Agréable, hormis ces points négatifs, je me sens bien dans ma peau. **G1-3.** C'est être un être humain de sexe féminin. **G1-4.** Avoir la joie de porter et mettre au monde un enfant et aussi le fait qu'il faut encore se battre pour lutter contre de vieux tabous sur la condition féminine. **G1-5.** Etre différent d'un homme. **G1-6.** sr. **G1-7.** Exprimer sa féminité, faculté de porter la vie. **G1-8.** sr. **G1-9.** Souplesse, séduisante, bienveillance, douceur. **G1-10.** sr. **G1-11.** On a une chance sur deux d'être une femme. Mais sans doute plus de sensibilité et plus à fleur de peau, romantique. **G1-12.** Etre la fille de sa mère, pouvoir mettre au monde un enfant. **G1-13.** C'est assurer un certain rôle qu'on nous donne dans la société. Etre mère, secrétaire. On définit une femme encore aujourd'hui par le rôle qu'elle tient dans la société. **G1-14.** A l'heure actuelle, c'est m'amuser à séduire les hommes, me comporter comme les hommes. **G1-15.** Cf. féminité [la capacité d'accueillir]. **G1-16.** C'est se sentir désirable, être bien dans sa peau. »

La femme vue par les hommes

« **G1-17.** La féminité absolue (être Elle, soi-même). **G1-18.** Une mère, la complémentarité de l'homme. **G1-19.** C'est surtout, au-delà de l'image de la mère, avoir une part de féminité plus importante dans son esprit. Contrairement à la seule féminité "être femme" fait aussi appel à l'apparence physique. Un corps "féminin" allant de paire avec un mental "féminin". **G1-20.** C'est être ouvert à une fragilité — à cause d'une incompréhension — qui amène à toutes les fuites, les passions, les folies. **G1-21.** C'est être soi-même. **G1-22.** Se battre pour ne pas être enfermé dans un rôle "d'hystéro" ou de femme enfant ni singer une attitude de "mec". »

La femme vue par les SBF (nouvelles femmes)

« G2-1. Cela devrait être le complément naturel de l'homme, celle qui enfante. Mais alors ne confond-on pas femme et femelle ? A vrai dire, je serais incapable de l'expliquer ou alors j'aurais envie de simplifier en disant : une femme, c'est moi. G2-2. Sexuellement, avoir un vagin, un clitoris... Socialement, amener la paix et plus d'égalité. En fait cela peut provenir aussi à cause de l'histoire de l'humanité mais, par expérience sociale, en tant que déléguée syndicale, il y a de ça. G2-3. Etre fière de l'être, être protectrice, amante, noble, être réceptive, aimer la vie, avoir des seins, un vagin, modeler son corps amoureusement, s'habiller en jupe, séduisante sans être provoquante et en chemisier féminin, avoir de l'allure, être féminine, se maquiller doucement, attirer le regard des hommes, séduire. G2-4. C'est se considérer comme la détentrice des valeurs morales (d'un couple, d'un groupe, de la société...). C'est apprendre à son compagnon l'amour (découverte du cérébral, du sentiment). Remarque : pour moi l'amour se définit ainsi : volonté d'une personne à faire évoluer une autre personne spirituellement (Scott Peck, *Le chemin le moins fréquenté*). G2-5. Etre une femme, c'est assurer une position de soutien, être compréhensive et assurer une famille. G2-6. Deux êtres sont le complément de l'autre. G2-7. Etre douce, tendre, disponible avec son partenaire. G2-8. C'est se sentir intrinsèquement concernée par la revendication de son identité de femme hors des schémas et rôles traditionalistes essentialistes (mariage, natalité, pureté, enfermement) imposés par les hommes, en refusant l'oppression. Ceci pour atteindre et réinventer une sphère spécifique inédite : - de pensées : entraides communautaires féministes efficaces, opposées au conservatisme hiérarchique figé des sexistes ; - de politique : pénaliser les insultes lesbophobes, transphobes. Tout ceci lié aux femmes, lesbiennes, transsexuelles lesbiennes, se situant hors de tous référents machistes. G2-9. C'est d'abord avoir réalisé un challenge jugé impossible au départ. C'est l'aboutissement d'un rêve mais sans gloriole car il y a toujours, pour moi, le rappel d'une longue vie passée sous l'ancienne étiquette et il en ressort parfois certains regrets. J'ai la chance de n'avoir pas eu de projet par rapport au sexe. Etre femme pour moi c'est donc seulement de pouvoir mener la vie aux yeux du monde et sans aucune contrainte. G2-10. sr. G2-11. Ça ne se réduit pas à la dotation d'un sexe femelle sur un homo sapiens-sapiens. C'est quelqu'un qui se sent telle d'après les critères sociaux, à qui on dit Madame dans la rue, au téléphone, que ses enfants appellent "maman". Je suis une femme pour moi parce que "JE", pour eux parce qu'ils m'appellent Madame. Mais pas pour mes enfants qui ne m'appellent pas "maman", parce que je ne suis pas la mère de mes propres enfants ! G2-12. Douceur, tendresse, stabilité, fidélité. G2-13. Etre une femme c'est un sentiment, une conviction intérieure. Le pouvoir de séduction. G2-14. «Peu d'esprits osent être ce qu'ils sont» (Boileau). Etre soi, être vraie, respecter la vie et l'amour. Mettre en pratique une philosophie du "bonheur à tout prix". Etre le vrai sexe fort. G2-15. Dans notre temps,

actuellement la femme et l'homme sont égaux, matériellement et intellectuellement, mais je dirai que la femme est un peu plus soumise et est à la fois mère, femme et aimante. »

La femme vue par les SBM (nouveaux hommes)

« G2-16. C'est être féminine... G2-17. Je ne sais pas. G2-18. NUL A CHIER. G2-19. Je crois bien que je ne le saurai jamais. En tout cas, c'est être différent de moi, peut-être même l'exact contraire. G2-20. Un adulte de sexe féminin avec des organes comme le vagin, des seins sous une influence hormonale qui détermine un comportement différent de l'homme. G2-21. J'ai du mal à répondre... C'est quelqu'un de sensible un peu faible qui a besoin de quelqu'un pour la protéger ; un homme par exemple... G2-22. Le contraire de l'homme. G2-23. ? G2-24. Faire son devoir de femme malgré son travail. Etre mère. G2-25. C'est accepter la sexualité d'une femme. Le reste est affaire de culture. Comme dit Françoise Dolto, la femme est pour l'homme et inversement. Avec un peu de sincérité, tout le monde peut au moins le pressentir. Je me moque de l'homosexualité, je ne juge pas, je dis que c'est un mode de sexualité frustrant. »

L'homme vue par les femmes

« G1-1. Aimer les voitures, avoir des tas de responsabilités ennuyeuses, être galant, se raser le matin... G1-2. Plus facile, je crois. G1-3. C'est être un être humain de sexe masculin. G1-4. C'est mon complément et aussi la personne qui m'aide à être femme. G1-5. Etre différent d'une femme. G1-6. sr. G1-7. Exprimer sa masculinité dans le bon sens, c'est-à-dire de la force et du pouvoir sans dévier vers la brutalité. G1-8. sr. G1-9. Baraqué, esprit héroïque, galant. G1-10. sr. G1-11. Etre viril et avoir ce que les femmes n'auront jamais : le pénis. G1-12. C'est l'autre, différent de moi. G1-13. C'est aussi assurer un rôle donné par la société. G1-14. Un homme c'est quelqu'un de compréhensif et protecteur. G1-15. Cf. masculinité. [La capacité de pénétrer.] G1-16. C'est la masculinité. »

L'homme vue par les hommes

« G1-17. Essayer et apprendre à être un Homme, avoir un mental d'homme. G1-18. Un géniteur, un père, le complément de la femme. G1-19. Mis à part le "cliché" du père et du procréateur, même définition que ci-dessus en mettant tout au masculin. [C'est surtout, au-delà de l'image du père, avoir une part de masculinité plus importante dans son esprit. Contrairement à la seule masculinité "être homme" fait aussi appel à l'apparence physique. Un corps "masculin" allant de paire avec un mental "masculin".] G1-20. Une impatience, un ennui, la recherche jamais finie d'un sens à donner à sa vie, d'une raison de vivre, de quelque chose — passion, métier, idéal... — pour remplir sa vie. G1-21. C'est être soi-même mais jouer un rôle dissimulant. G1-22. Se battre pour ne pas être pris dans les jeux de pouvoir macho sans singer une attitude de "femme". »

L'homme vue par les SBF (nouvelles femmes)

« G2-1. Dans l'esprit, ce serait la complémentarité d'une femme. Serait-ce celui qui fabrique les spermatozoïdes. Mais je connais des hommes, si Hommes et qui n'en fabriquent pas, que le débat reste ouvert ! D'autant que je connais des hommes qui ne rêvent absolument pas d'être le complément d'une femme. G2-2. Sexuellement, avoir un pénis... Socialement, dominer, avoir le pouvoir, en général avoir un esprit égalitaire et d'équité moins important [que les femmes]. G2-3. sr. G2-4. C'est se considérer comme le détenteur des valeurs physiques. C'est apprendre à sa compagne l'amour physique (découverte des sens). G2-5. Etre fort et subvenir à une famille. G2-6. Idem pour l'homme (Deux êtres sont le complément de l'autre). G2-7. sr. G2-8. sr. G2-9. sr. G2-10. sr. G2-11. Ça ne se réduit pas à la dotation d'un sexe mâle sur un homo sapiens-sapiens. C'est quelqu'un qui se sent tel d'après les critères sociaux, à qui on dit Monsieur dans la rue, au téléphone, que ses enfants appellent "papa". Je n'ai jamais été un homme "pour moi" (tout au plus un Martien), ni pour les tiers qui m'appelaient souvent Madame, avant de se reprendre (sauf au téléphone). Mais mes enfants m'ont appelée "papa", sauf mon fils qui se "trompait" souvent. Maintenant, ils ne me nomment plus qu'à la troisième personne (elle). G2-12. Voir ci-dessus, (Egoïsme, instabilité, infidélité). G2-13. La force, le pouvoir de décision, le commandement. G2-14. Je n'ai jamais compris ce que c'était. Toutes les explications ne sont que des totems mythiques (Keepling, etc.) pour se forcer à un concept de pouvoir. G2-15. Mais les hommes avec des façades machos, pervers, et une attitude maladroite sont souvent intérieurement fragiles et ont toujours besoin d'une femme pour les rassurer. »

L'homme vue par les SBM (nouveaux hommes)

« G2-16. Etre masculin... G2-17. Je ne sais pas. G2-18. Enfin la bonne peau sur mon âme. G2-19. C'est se reconnaître comme faisant partie de cette catégorie, avec les mêmes envies, les mêmes pôles d'intérêts... G2-20. Un adulte de sexe masculin avec des organes comme le pénis, les testicules sous une influence hormonale qui détermine un comportement différent de la femme. Le SB défie cette règle basique. C'est pourquoi il est essentiel de savoir s'il n'y a pas eu une imprégnation hormonale inversée pendant la vie foetale. G2-21. C'est avant tout protéger ce que j'aime, leur apporter mon soutien, leur faire plaisir, les choyer. G2-22. Le contraire de la femme. G2-23. ? G2-24. Ce que la société nous a appris depuis notre naissance. Sécurité, fonder un foyer et le protéger, sérieux. G2-25. Même chose. Accepter sa sexualité d'homme. »

7.1.2. Tableaux récapitulatifs pour la discussion

Les tableaux 1 et 2 regroupent les éléments concernant le sexe psychologique, les scénarios érotiques, l'attirance affective et sexuelle, et les partenaires des personnes.

Tableau 1
Récapitulatif : identité sexuée, sexe psychologique, scénarios érotiques, attirance affective et sexuelle, et partenaires chez les non-SB

	Questionnaire n°	Identité sexuée	Sexe psy.		Scénarios érotiques		Attirance affective et sexuelle		
			Variation identité sexuée	met en cause sexe psy	la personne	partenaires	préférence	partenaires	AAS
Femmes	1	Fé	oui	non			2	H	
	2	Fé	oui	non			H	S	
	3	2	oui	non	F	H	H	H	hétéro
	4	2	oui	non			H	H	
	5	2	sr	sr			H	H	
	6	M	oui	non			S	F	
	7	2	oui	non			sr	H	
	8	Fé	non	-			H	H	
	9	Fé	oui	non			H	H	
	10	2	non	-			H	H	
	11	2	oui	non			H	H	
	12	Fé	oui	non	F	H	H	H	hétéro
	13	Fé	sr	sr			H	H	
	14	M	oui	sr			H	H	
	15	Fé	oui	non			H	H	
	16	Fé	oui	oui			H	S	
Hommes	17	M	non	-			F	F	
	18	2	non	-			2	H	
	19	2	oui	non	H	H	H	H	gai
	20	2	oui	non			2	F	
	21	Fé	oui	non			H	H	
	22	2	oui	non	2	2	F	F	

Fé = féminin, M = masculin, F = femme, H = homme, 2 = les 2, fm = femme masculine, hf = homme féminin, S = sans, Hé = hétérosexuel, G = gai, L = lesbienne, B = bisexuel, AAS = attirance affective et sexuelle (hétéro, homo, bisexualité).

Identité sexuée = féminité et/ou masculinité présente en chacun de nous.

Sexe psychologique = sentiment d'être femme ou homme.

Dans la colonne AAS (à droite), on trouve le type d'attirance affective et sexuelle que l'on peut confirmer par les scénarios érotiques et les partenaires.

(légende pour les tableaux 1 et 2)

Tableau 2
Récapitulatif : identité sexuée, sexe psychologique, scénarios érotiques, attirance affective et sexuelle, et partenaires chez les SB

	Questionnaire n°	Identité sexuée	Sexe psy.		Scénarios érotiques						Attirance affective et sexuelle						AAS
			Variation identité sexuée	met en cause sexe psy	la personne			les partenaires			préférence			partenaires			
					phase 1	phase 2	phase 3	phase 1	phase 2	phase 3	phase 1	phase 2	phase 3	phase 1	phase 2	phase 3	
Nouvelles femmes	1	Fé	non	-	F	F	-	H	H	-	H	H	-	H	H	-	Hé
	2	2	oui	non	F	F	-	H	H	-	S	H	-	S	S	-	
	3	Fé	oui	oui	F	F	-	H	H	-	F	2	-	F	S	-	
	4	Fé	non	-	F	F	-	2	H	-	F	S	-	F	S	-	
	5	Fé	non	-	F	S	-	H	S	-	F	F	-	F	S	-	
	6	Fé	non	-	F	F	2	Hfm	Hfm	2	F	F	2	F	F	F	
	7	Fé	non	-	F	F	F	H	H	H	H	H	H	H	H	H	Hé
	8	Fé	non	-	F	F	sr	F	F	sr	F	F	F	F	F	S	
	9	Fé	oui	non	2	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	S	L
	10	2	oui	non	2	S	S	F	S	S	F	S	S	F	S	S	S
	11	2	oui	non	F	F	F	H	H	H	2	H	H	2	H	H	
	12	Fé	non	-	F	F	F	2	2	2	2	2	F	2	2	S	B
	13	Fé	non	-	S	S	F	S	S	H	F	S	H	F	F	F	
	14	Fé	non	-	Fhf	F	F	H	H	H	2	H	H	2	2	2	
	15	Fé	non	-	sr	sr	S	sr	sr	S	S	S	H	S	S	H	
Nouveaux hommes	16	M	non	-	H	H	-	F	F	-	F	F	-	F	F	-	Hé
	17	M	oui	non	H	H	-	F	F	-	F	F	-	F	F	-	Hé
	18	M	oui	non	H	H	-	F	F	-	F	F	-	S	F	-	Hé
	19	2	non	-	H	H	-	F	F	-	F	F	-	F	F	-	Hé
	20	M	non	-	H	H	H	F	F	F	F	F	F	F	F	F	Hé
	21	2	oui	non	H	H	H	F	F	F	F	F	F	F	F	F	Hé
	22	M	non	-	H	H	H	F	F	F	F	F	F	S	F	S	
	23	2	non	-	H	H	H	F	F	F	F	F	F	S	S	S	
	24	M	non	-	H	H	H	F	F	F	F	F	F	F	F	F	Hé
	25	2	oui	oui	F	F	F	H	H	H	2	2	2	F	F	F	B

Fé = féminin, M = masculin, F = femme, H = homme, 2 = les 2, fm = femme masculine, hf = homme féminin, S = sans, Hé = hétérosexuel, G = gai, L = lesbienne, B = bisexuel, AAS = attirance affective et sexuelle (hétéro, homo, bisexualité).

La variation de l'identité sexuée ne met pas en cause le sexe psychologique pour une majorité de personnes. Par ailleurs, on peut voir que les catégories ne sont pas fixées.

7.1.3. Sexe psychologique et identité sexuée

C'est chez les non-SB que je trouve une confirmation de ma première hypothèse secondaire : *le sexe psychologique est indépendant de l'identité sexuée.*

En effet, 16 sur 22 personnes ont une variation de leur identité sexuée. Cela ne remet pas en cause leur sexe psychologique chez 14 d'entre eux parmi les 16. Une femme se sent remise en cause dans son sexe psychologique et une autre ne répond pas à la sous question. Chez les SB seuls 9 ont une variation de leur identité sexuée. Parmi ces derniers, une SBF et un SBM se sentent remis en cause dans leur sexe psychologique.

Quelle est la force des stéréotypes sociaux dans le fait de remettre en cause son sexe psychologique quand la féminité et/ou masculinité varie ?

Il est d'autant plus difficile pour les SB de remettre en cause la fixité des catégories, qu'ils cherchent à sortir d'une marginalisation et qu'ils doivent défendre leur sexe psychologique en prouvant leur détermination. Dans quelle mesure ce facteur joue un rôle dans l'identité sexuée et sa variation sans affecter le sexe psychologique.

On peut donc déduire que cette variation de l'identité sexuée n'est pas présente chez toutes les personnes, (qu'elles soient "transsexuelles" ou non), et que la remise en cause de leur sexe psychologique se produit chez une petite partie de ces dernières. Cela demanderait évidemment à être confirmé sur des groupes plus importants et des catégories plus variées, en tenant compte des religions, langues maternelles, âges, niveaux d'études, catégories socioprofessionnelles... De même, on peut se demander si c'est pour maintenir un sexe psychologique instable que certaines personnes tiennent autant aux stéréotype sociaux ?

On peut dire que le sexe psychologique est le sentiment d'être femme ou homme et l'identité sexuée (féminité/masculinité) serait une des façons de l'exprimer psychologiquement et socialement.

7.1.4. Sexe psychologique et attirance affective et sexuelle

Le sexe psychologique est indépendant de l'attirance affective et sexuelle. C'est confirmé par le questionnaire n° 25 et par le fait que nombre de SBF changent d'attirance affective et sexuelle durant leur parcours. Certaines font même des allers et retours, ne sachant plus très bien quel sexe les attire le plus, cela devient une question de personne. L'attirance affective et sexuelle n'est pas définitive car elle peut changer au cours de la vie. Même si cette étude ne le démontre pas, cette donnée n'est pas une spécificité des personnes SB. Je connais plusieurs personnes non "transsexuelles" qui ont changé plusieurs fois d'attirance affective et sexuelle au cours de leur vie, que ce soit pour des relations passagères ou de longues durées.

Doit-on considérer cela comme une bisexualité ou comme une modification de l'attirance affective et sexuelle ?

Comme nous le voyons, l'attirance affective et sexuelle des personnes atteintes du syndrome de Benjamin peut être hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle. Nous voyons également apparaître une catégorie à laquelle on ne pense pas : l'absence d'attirance affective et sexuelle. Nous le voyons surtout chez les SB en phase 2.

Ce que les personnes nous disent de leur AAS (attirance affective et sexuelle)

Pour définir leur attirance affective et sexuelle, qu'elles soient opérées ou non, les personnes concernées par le syndrome de Benjamin se positionnent par rapport à leur sexe psychologique. Ainsi, une personne SBF qui aime les femmes se considère comme lesbienne (femme homosexuelle), (alors qu'elle est vue comme hétérosexuelle (homme hétérosexuel), si on la considère selon son sexe de naissance). Une personne SBF qui aime les hommes se considère comme une femme hétérosexuelle, (alors qu'elle est vue comme gai (homme homosexuel), si on la considère selon son sexe de naissance).

Un sujet SBM qui aime les femmes se considère comme un homme hétérosexuel, (alors qu'il est vu comme une lesbienne, si on le considère selon son sexe de naissance). Un sujet SBM qui aime les hommes se considère comme gai (homme homosexuel), (alors qu'il est vu comme une femme hétérosexuelle, si on le considère selon son sexe de naissance). Il n'y a que pour les bisexuels que le problème ne se pose pas vraiment.

Il est important pour les SB que leurs partenaires les considèrent comme des personnes de l'autre sexe. C'est-à-dire que le/la partenaire d'une SBF la considérera comme une femme et que le/la partenaire d'un SBM le considérera comme un homme. Les commentaires et remarques des questionnaires SB, (annexes I et J), confirment ce fait.

Les SB interviewés à propos de leur attirance affective et sexuelle :

Anna, interview n° 1, annexe D : « j'ai toujours aimé les femmes. [...] Ils voulaient absolument que je sois homosexuel et moi je leur disais «mais je ne suis pas homosexuel, j'ai envie d'être une femme qui fait l'amour en tant que femme et avec une femme». Alors ça, ils ne comprenaient pas. [...] Pendant très longtemps j'ai été attirée plus par les femmes, mais maintenant, je ne serais pas hostile au fait de vivre avec un homme qui pourrait m'apporter les qualités des femmes tout en étant un homme bien sûr, mais qui n'ait pas ce côté égoïste qu'ont les hommes qui vont au tiercé, au café et qui regardent le match de football pendant qu'on prépare les petits plats. Ce n'est pas tout à fait mon style et je crois que ça ne collerait pas tellement. [...] Plus j'y pense, plus je pense que ma vie sexuelle à venir ne sera pas systématiquement avec une femme. Je n'en ai plus la certitude. [...] J'ai envie de vivre avec un être avec qui je suis bien, homme ou femme peu importe, mais quelqu'un avec qui je

suis bien, avec qui je me sens bien. Quelqu'un que j'ai envie d'appeler, que j'ai envie de voir, avec qui j'ai envie de partager des choses. »

Yoann, interview n° 2, annexe E : « J'ai eu une forme de sexualité, j'ai toujours eu beaucoup de chance dans mes relations, c'est à dire que très jeune, j'ai connu, j'ai ressenti des pulsions vers les jeunes femmes mais en tant qu'homme. Je me vivais en tant qu'homme vis-à-vis des femmes. Je ne me suis jamais senti attiré en tant que femme vers une femme. C'est à dire je n'ai jamais eu dans mon imaginaire, pour être cru et précis des gestes tendres ou sexuels, qui seraient réciproques venant de ma partenaire sur moi avec un corps féminin. J'avais une image de moi au masculin, sans poitrine, sans ce que j'avais au départ et qui me permettait d'avoir au moins une sexualité fantasmatique de type hétérosexuel en attendant mieux... Je me vivais dans mes pulsions amoureuses et sexuelles, en tant qu'homme [...] »

Axelle, interview n° 3, annexe F : « Pendant l'adolescence où tu es sensée, enfin en ce qui me concerne, tu es sensée avoir une apparence masculine et tu es attirée par les garçons. Dans l'esprit des gens avec leur simplicité, tu es un garçon de naissance et tu es attirée par des garçons : tu es homo et rien d'autre. Mais je ne me suis jamais retrouvée dans le fait d'être homo. Je me sentais fille et non lesbienne. Vas expliquer ça ! [...] Les deux garçons avec qui j'ai vécu le plus longtemps, mis à part le dernier, il m'a semblé avec le recul, d'abord c'était des expériences platoniques, que j'étais pratique, en fait. On pouvait m'emmener au restaurant, on pouvait me présenter à la famille, mais en attendant, ils passaient leurs nuits dans des boîtes homos et ils sont devenus ouvertement homos après moi. Est-ce que j'ai été un stratagème ou je ne sais pas quoi. En fait, la seule logique que j'aurais pu trouver par rapport à ma vie, c'est le dernier garçon avec qui j'ai vécu, qui, avant que je l'ai connu, vivait avec une fille, il a toujours vécu avec des filles, maintenant il vit avec une fille. Donc j'ai été, pour lui, une fille. »

Evrard, interview n° 4, annexe G : « J'ai toujours été attiré par les femmes et c'est toujours le cas. Mais je considère que la bisexualité est la plus libre et la plus enrichissante car elle se fiche des contingences sociales et sexuelles. On est plus attiré par une personne que par un sexe. »

7.1.5. Identité sexuée et attirance affective et sexuelle

L'identité sexuée est indépendante de l'attirance affective et sexuelle.

On peut vérifier cette troisième hypothèse secondaire en regardant la variété des situations sur les tableaux 1 et 2 pages 64-65. Indépendamment de leur féminité ou/et masculinité, les personnes des deux groupes sont hétérosexuelles, gais, lesbiennes, bisexuelles ou sans attirance affective et sexuelle.

7.1.6. Spécificité de la sexualité des personnes SB

La sexualité des personnes concernées par le syndrome de Benjamin n'est pas si différente de celle du reste de la population. En effet, les pratiques sont tout aussi variées (y compris : sadomasochisme, domination, fétichisme...). Le préservatif s'utilise de la même façon et pour les mêmes raisons. Les SB peuvent lier tendresse et sensualité tout en ayant une spécificité due à la construction chirurgicale de leur nouveau sexe. Cela ne les empêche pas de considérer leur sexualité comme "normale". La sexualité se pratique de la même manière quand c'est possible. En effet durant la phase 2 (transitoire), les SB n'utilisent pas leur sexe d'origine. La plupart ont eu une vie sexuelle avant pour tenter de s'adapter. Certains se sont même mariés, ont eu des enfants, (voir l'entretien d'Anna, annexe D). Durant les deux premières phases, les plus jeunes n'utilisent pas leur sexe d'origine, (voir l'entretien d'Evrard, annexe G et celui d'Axelle, annexe F). Les pénétrations pénis/vagin sont pratiquées quand les partenaires possèdent l'un et l'autre, sinon, ils s'arrangent. En l'absence d'une vaginoplastie, les SBF ont parfois des pratiques anales, mais pas systématiquement. En l'absence d'une phalloplastie, les SBM utilisent leurs doigts ou un godemichet pour pénétrer leur/s partenaire/s, (voir l'entretien de Yoann, annexe E). Même après leurs opérations, les SB ont une sexualité moindre que les non-SB. On trouve même quelques asexuels/les (sans sexualité), y compris chez les jeunes. Il est vrai que quelques SBF plus âgées sont devenues "asexuelles". Mais sur le plan qualitatif, il n'y a pas de différence, (voir également l'ensemble des commentaires des SB, annexe I, les entretiens de Yoann, annexe E et d'Anna, annexe D). Ordinairement, les personnes SB n'exposent pas leur sexualité car ce n'est pas là leur problème. Comme tout le monde, elles ont besoin d'affection, de tendresse et d'amour.

On peut dire que la quatrième hypothèse secondaire n'est pas validée puisque :

Il n'y a pas de différence réelle entre la sexualité des non "transsexuels" et celle des "transsexuels" : ce sont les mêmes éléments qui entrent en jeu, les mêmes pratiques. Mais il y a une spécificité de la sexualité des "transsexuels" liée à la construction chirurgicale de leur nouveau sexe.

Une des différences réside dans la vision du/de la partenaire, c'est-à-dire la façon dont ce/cette partenaire perçoit la personne dite "transsexuelle". Les "transsexuels" doivent être perçus par leur/s partenaire/s selon leur sexe psychologique et non selon leur sexe de naissance.

Les extraits qui suivent illustrent ce qui est exposé ci-dessus.

Anna, entretien n° 1, annexe D : « Et c'est vrai qu'elle m'a apporté cette découverte du jeu sexuel avec ou sans matériel, tout en restant dans le jeu... On a fait du SM [*sadomasochisme*], mais ce n'était pas dans la violence en fait, c'était quelque chose de doux, de... [...] »

C'est vrai que j'ai un clitoris qui fonctionne très bien et qui part au quart de tour, quelquefois au deuxième quart, mais enfin il part. [...] Il y a une chose qui est intéressante aussi, c'est au niveau des jeux d'amour et qui est très fort, c'est le bondage²⁹, ça marche pour les hommes et pour les femmes. Ça c'est quelque chose d'assez fort. Le fait d'être attaché et de ne pouvoir rien faire et de sentir monter le plaisir, sans pouvoir bouger, sans pouvoir se débattre avec le plaisir de se débattre. Pour faire monter encore plus fort le plaisir, moi je trouve ça extraordinaire, quand c'est soi et quand c'est l'autre aussi. Ça peut être aussi un fantasme ou ça peut être un jeu. Il faut le faire à deux sinon ce n'est pas drôle. Mais à deux c'est bien d'avoir des fantasmes. [...] J'ai eu une sexualité en tant qu'homme à la limite peut-être mieux que certains hommes. Je sais que ce n'est pas bien ce que je dis là mais... Ce n'est pas faux, et je le renie pas, je le renie pas ce passé d'homme. [...]

[A propos de la localisation du plaisir chez les hommes] [...] c'est centralisé, enfin moi, j'ai le souvenir de quelque chose de tout à fait centralisé. Parce que j'étais comme ça, peut-être que je n'étais pas comme tous les mecs. [...]

Ça aussi, ça fait partie des plaisirs de l'amour... le vin, le champagne, la crème chantilly, la glace, tout ça, ça fait partie des accessoires de l'amour. Je crois qu'en amour on a le droit de tout faire ou de tout dire. »

Yoann, entretien n° 2, annexe G : « J'ai utilisé les doigts, plusieurs doigts en même temps, sous forme d'aller et retour, de ronds, de petit patapon, et puis des stimulations du sexe de mon amie. Elle ne me touchait pas le sexe d'origine puisqu'il en était hors de question. Puis des intromissions par le vagin, une fois ou deux par derrière à l'aide du godemichet, mais ça a été un concours de circonstance. Ce n'était pas vraiment une envie, ni de l'un ni de l'autre, ça s'est fait comme ça dans le feu de l'action. En général, elle jouissait beaucoup. Elle était très réceptive et elle jouissait beaucoup, ce qui moi, me satisfaisait énormément. Elle avait un équilibre sexuel (me disait-elle), qui lui suffisait, je lui donnais du sexe, de l'amour et de la tendresse, les trois mélangés. Elle se souciait évidemment de ce que je ressentais, mais moi j'étais tellement content de lui faire du bien, que c'est vrai sincèrement, je me satisfaisais du plaisir que je lui donnais. J'ai construit une relation autour de ça. Puisque je ne pouvais pas faire autrement, ça ne servait à rien d'inventer autre chose, ou de dire je me sens totalement frustré. Frustré je l'étais mais seulement par moments. Parfois, j'étais un peu impatient et je me disais que je pourrai peut-être mieux l'aimer si j'avais déjà mon pénis naturel. J'ai accepté la situation parce que j'étais aimé. Quelqu'un avait des sentiments amoureux pour moi et acceptait qu'on attende. Il y avait des stimulations aussi au niveau des seins, moi je n'étais pas touché à ce niveau là, sauf à la périphérie, on va dire, mais jamais sur le mamelon et le téton. C'était hors de question. Pas de je te "pinçe" et tu me "pinces". Sinon, elle me caressait beaucoup le dos, le

²⁹⁾ Le fait d'attacher, de ligoter.

visage, les pieds, les cuisses. Sur moi c'était très limité, c'était surtout elle et comme je n'avais pratiquement pas de poitrine, on arrivait quand même à avoir un corps à corps où on avait l'impression que c'était un homme et une femme, il n'y avait pas trop d'ambiguïté. Et puis comme j'étais allongé et que c'était tout plat, ça allait. Ça aurait peut-être été différent si j'avais eu quelque chose de plus voyant... Mais ça je ne peux pas en parler puisque ce n'était pas le cas. [...] parfois les femmes n'étaient pas du tout au courant de ce que j'avais. Je m'arrangeais pour faire "ça" dans le noir ou à prendre des positions, par exemple par derrière ou autre, où elles ne pouvaient pas se rendre compte. Puis comme je mettais une capote et que je prenais des ... disons, des sexes, des pseudo sexes qui étaient plus ou moins, flexibles, c'est-à-dire dans des matières qui se rapprochaient de plus en plus du vrai. J'y arrivais, je ne sais pas comment l'expliquer, en le coinçant entre les cuisses. Je n'avais pas besoin de le maintenir par un slip. Et comme j'étais très musclé, je ne sais pas comment j'ai réussi, mais ça ne me posait pas de problème. J'arrivais parfois à faire "illusion" avec des femmes avec lesquelles j'avais juste des aventures comme ça. Lorsqu'elles voulaient faire une fellation ou autre, je disais que je n'aimais pas ça. Donc ça, c'était vraiment les aventures. Et lorsqu'avec une femme, je sentais que ça pouvait aller plus loin, je lui disais la vérité et elle m'acceptait comme tel. [...] Apparemment, elle était quelqu'un de très "sexuel". Je me disais «ça ne va peut-être pas aller», et puis ça se passait très bien. Elle aussi avait l'air satisfaite des relations. C'était toujours des coïts normaux, dans des positions diverses comme n'importe quel couple. [...]

Sinon, au niveau des attitudes sexuelles, j'avais des attitudes sexuelles totalement ordinaires et puis le reste les petites nuances, je ne sais pas s'il y a des mots pour les exprimer... J'utilisais des poses diverses... J'utilisais les mains... Il y avait des jeux sexuels avec toutes les parties du corps. [...] Des caresses sur toutes les parties du corps, sauf que les partenaires ne me touchaient pas là. [Il montre son sexe.] Avant la phalloplastie, j'étais soit en slip, soit nu avec un godemichet coincé entre mes cuisses dans le noir complet. [...] c'est plutôt après quand j'ai été opéré que j'avais peur d'abîmer mon sexe... Mais, j'ai quand même, dès que l'occasion s'est présentée, eu des relations qui ne m'ont pas bouleversé. Mais elles m'ont apporté une certaine harmonie parce que c'est agréable d'avoir tout son corps libre d'aimer et de faire ce qu'on a à faire, c'est à dire les pénétrations naturelles et autres, mais de là à tomber complètement "fou de jouissance", c'est négatif. [...] La jouissance qui est obtenue vient d'une stimulation (puisque'il y a une connexion des nerfs avec des nerfs qui étaient dans le clitoris). Donc, il y a une jouissance qui demeure et qui est satisfaisante puisque que ça se fait par intromission et cetera. Cela permet d'avoir une sexualité de SBM qui ne peut pas se comparer à une sexualité d'un individu ordinaire. [...] une sensation vague dans la première partie du pénis et puis, dans tout ce qui est le pseudo scrotum innervé avec les restes du sexe antérieur. Tout ça crée une sensation de jouissance satisfaisante, parfois très satisfaisante et très localisée, très localisée... [...] C'est surtout

dessous que ça se passe, dessous et puis dans la première partie de la verge. Là, oui, des fois il y a des excitations très fortes et j'ai déjà eu ce que j'appelle des petits orgasmes. Je n'ai pas la prétention de dire que ce sont des orgasmes forts, où j'ai du mal à récupérer, où j'ai les jambes un peu molles. Cependant, ça m'est arrivé quelquefois en me stimulant tout seul, dans la masturbation. Et ça m'est arrivé avec des compagnes, notamment une qui avait 50 ans, qui avait une certaine expérience avec qui j'ai eu des jouissances assez fortes, même parfois ça me remontait dans le derrière. Voilà, pour ce qui en est de la sexualité, puis beaucoup de tendresse. La tendresse surtout...

[...] ce que j'ai découvert, surtout après mon opération de phalloplastie, quand j'ai eu des relations sexuelles, c'est le fait de pouvoir toucher, de faire le corps à corps avec un corps conforme ; la jouissance venait aussi du fait que le corps était conforme au psychisme. Alors, l'étreinte avec la femme était normalisée et donc elle était très jouissive. C'était la découverte des sens mais les autres sens, c'était moins centré. Voilà, j'avais l'impression d'être moins centré sur le sexe, plus centré sur ce qui est périphérique, donc d'avoir une espèce de plénitude. Voilà ce que j'ai découvert au niveau de la sexualité qui était différent d'avant, où je voulais à tout prix avec mon pseudo sexe faire jouir ma copine, pour dire je ne suis pas moins qu'un homme normal. Maintenant, j'ai une sensualité qui me paraît plus riche, une sexualité qui me paraît plus mature. C'est vrai que ça m'est difficile de répondre à une question qui reste quand même assez générale... Ça m'est difficile de donner des détails scabreux du style je lui mets le doigt comme ci, ou je lui mets la verge comme ça. Ce n'est plus comme ça que je conçois ma sexualité puisque j'ai découvert au contraire le côté harmonieux. Et justement je me suis dit c'est dommage que tous les hommes ne vivent pas ou vice versa ce qu'on a vécu, ça les rendrait peut-être un peu plus, c'est à dire, un peu plus généreux, un peu plus sensuels, un peu moins sexués. Parce que là, j'ai l'air de décrire dans ma sexualité des choses assez crues parce qu'on m'a posé une question crue, mais ce n'est pas comme ça que je le vivais et que je le vis... C'était plutôt des choses sensuelles et cérébrales que je vivais. Mais il y avait quand même une partie sexuelle qui n'était pas niée, mais je l'ai décrite d'une façon plus crue que je ne la vivais parce que la question est orientée. Donc, j'essaie de répondre, peut-être pas bien. [...]

Je n'ai pas de manque sexuel véritable, et quand j'en ai un, ce qui ne me semble pas être différent d'un mec d'origine naturelle, "je me soulage", comme on dit, avec des fantasmes bien pensés et puis basta. S'il faut rentrer dans le concret, et bien je vois une relation sexuelle avec ma première femme puisque son image m'excite encore alors que les autres ne me font plus fantasmer. Et puis voilà, je me soulage et ça va mieux. Après plus "touche" pendant une semaine ! [...]

Sur le plan sexuel, je ne pense pas être différent des autres mais je n'aime pas les relations sexuelles déviantes. [...] autant j'ai déjà léché l'anus de mes amies, mais je n'ai pas de pulsion de sodomie par exemple. [...] je n'ai pas envie de les sodomiser et je n'ai pas envie

d'être sodomisé non plus. En passant je le dis, je n'ai aucune pulsion homosexuelle, je n'ai jamais rêvé de coucher avec un homme en tant qu'homme transformé, ça c'est clair et net, ça ne m'intéresse pas du tout. Et je ne dis pas ça dans le vide puisque j'ai un ami homosexuel et s'il avait tenté quoi que ce soit, il se serait pris "ma main dans la figure". Donc, ça n'a pas changé, j'ai toujours été un peu homophobe pour **le relationnel sexuel** et je le suis resté, mais je ne suis pas homophobe sur le mode de vie de ces gens. Voilà, ce n'est pas mon truc, quoi, ça c'est clair et net, et l'opération n'a rien changé à ce niveau là. [...] Je ne vois vraiment pas l'intérêt d'aller mettre une verge dans un "truc" plein de caca, d'accord ! Franchement... Je me demande même comment... Je ne vois vraiment pas l'intérêt, et puis en plus c'est hyper dangereux pour la verge, parce qu'on a une verge fragile avec un tuteur fragile. Aller "fourrer" son sexe dans un orifice qui est naturellement mal lubrifié... Même avec du lubrifiant, c'est risquer de se faire mal à la verge. Une verge si précieuse, on en prend soin et on essaie de faire quelque chose de normal ! Pourquoi allez chercher l'anormal, enfin quand je dis anormal, qui n'est pas courant quoi... Ce n'est pas prévu pour... C'est un orifice qui n'est pas prévu pour ça. Et on peut exprimer son amour et sa tendresse autrement qu'en allant dans le "trou à caca"³⁰, voilà. Pour moi, une relation dans le vagin me suffit amplement.

Quand ma partenaire veut me lécher le sexe, je veux bien, mais je lui dis gentiment qu'au bout ça ne me fait presque rien. C'est plutôt à la moitié inférieure que cela se passe ; donc, elle me lèche plutôt la base, la moitié de la verge plus le reste, c'est à dire le scrotum, où c'est bien innervé. Et dans ce cas, c'est agréable. [...]

Alors les capotes, au début je prenais des capotes normales et elles épousaient bien la verge qu'on m'a faite, mais à la fin ce qui ne me plaisait pas c'est que ça serrait. J'avais peur que ça fasse garrot et je n'étais pas bien dans mes relations parce que j'avais toujours peur que ça devienne violet, noir, puis plus rien. [...] Voilà et de la perdre. J'ai été voir une pharmacienne et je lui ai expliqué le problème. Elle m'a dit «mais il n'y a pas de honte, il y a plusieurs gabarits, plusieurs diamètres de capote». J'ai pris une taille au-dessus, et même si c'était un peu moins confortable parce qu'il y avait des plis, c'était moins risqué. [...] ça me serrait moins à la base du sexe et ça allait mieux. Mais j'avoue que l'idéal, c'est de prendre des capotes lubrifiées si possible... Enfin, je m'arrange toujours pour que le sexe de ma partenaire soit bien lubrifié. C'est très important quand on a une verge de SBM de prendre des lubrifiants, (c'est vraiment la première chose qu'on m'a dite quand j'étais à l'hôpital), de manière à ne pas traumatiser les chairs, et que les "allers et retours", (qui doivent de toute façon ne pas être violents), se passent sans problème. La sexualité d'un SBM avec une verge doit être "chaloupée". Une fois qu'on est rentré dans le vagin, on s'arrange pour ne pas trop sortir, sinon on traumatise à chaque fois la verge. [...]

³⁰⁾ La psychanalyse dirait que c'est une formation réactionnelle. Je dirai que l'éducation, à exiger trop tôt la propreté chez un enfant en est responsable et que cela n'empêche aucunement un individu de bien fonctionner.

Maintenant il y a un autre aspect de la sexualité qui me revient. J'ai deux partenaires qui m'ont mis la main au scrotum et qui m'ont stimulé. Avec ou sans boules³¹ ça, c'est très agréable parce que c'est très innervé dans cette zone. [...] si une dame veut me lécher la verge et le reste, elle peut, ça ne me dérange pas. Je m'arrange pour voir si toute goutte d'urine est effacée parce qu'il ne faut pas oublier non plus que notre conduit c'est le "conduit à pipi"... Ce n'est pas agréable pour la copine. Il est préférable d'avoir bien nettoyé son sexe avant les rapports et de s'arranger pour que la fellation arrive au début du rapport et non pas à la fin. Comme ce n'est pas technique ce genre d'affaire, tant pis... Mais enfin dans l'ensemble, moi, ce n'est pas ce que je préfère, ou alors dessous à la base, la verge retournée puis entre le scrotum et le bas de la verge. Là j'aime bien qu'on me lèche parce que c'est l'endroit le plus sensible. Le bout c'est souvent ce qui est sensible chez l'homme naturel et nous c'est plutôt la deuxième moitié de la verge [...] Et puis quoi d'autre, il m'est arrivé plusieurs fois quand j'étais seul d'avoir la nécessité d'aller, (quand je me masturbais), uriner comme si le fait d'uriner correspondait à une éjaculation, ça m'aidait à soulager la tension. *[Uniquement lors de la masturbation quand il est seul.]*

[...] je voudrai dire que dans la sexualité du SBM qui a une verge, il faut qu'il soit conscient qu'il y a une sexualité typique de ce groupe d'individus et il faut l'accepter comme telle. Alors ceux qui se la jouent «moi **je suis un mec**, et ma sexualité est comme ci, comme ça» et qui la compare à des gens qui ne sont pas "foutus pareils", ce sont des demeurés. Il y a **une sexualité SBM**, d'où l'importance de garder des liens si possible avec des garçons qui ont eu le même chirurgien que vous, de manière à avoir des échanges intéressants et à éviter certaines bêtises aussi. Personnellement, je suis en relation avec deux personnes ayant un sexe de la même origine chirurgicale. On se donne des conseils et j'en reçois. C'est très bien comme ça et c'est très important. De la même manière que deux garçons ou deux filles, ou trois ou quatre ou cinq hommes naturels et femmes naturelles peuvent se parler de sexualité pour s'échanger des choses. Ça revient au même, mais je pense qu'on reste un groupe spécifique. J'ai un ami qui est un homme naturel et je parle beaucoup de sexualité avec lui, mais c'est pour apprendre comment fonctionne un homme de naissance et voir ce qu'il est possible de vivre comme eux et ce qui m'est impossible de vivre comme eux. »

A plusieurs reprises, Yoann nous montre la maturité de sa sexualité par la liaison de la tendresse et de la sensualité. De même, tout en la considérant comme "normale", il nous fait voir la spécificité de sa sexualité parce qu'il est obligé de faire attention à sa verge construite par la chirurgie. Un homme de naissance ayant eu une ablation accidentelle, (guerre, accident de la circulation...), et le même type de reconstruction est confronté aux mêmes difficultés. En effet, les chirurgiens qui reconstruisent des hommes émasculés sont ceux qui opèrent les SBM.

³¹⁾ Prothèses testiculaires.

Axelle, entretien n° 3, annexe F : « chez les homos, il y a une grande part d'extériorisation au niveau de la sexualité, alors que moi, comme je dis, «je suis restée coincée au moyen âge». Il faut me faire la cour pendant 3 ans, il faut aller se promener dans les marguerites, faire du bateau, et cetera, et peut-être, pourquoi pas une suite, mais vraiment si on peut éviter, tant mieux. En fait, la première expérience sexuelle que j'ai eue, je devais avoir 17 ans, et c'est vraiment pas moi qui l'ai cherchée. A l'époque, je travaillais dans un hôtel restaurant, je faisais un stage par rapport à l'école hôtelière où j'étais. On était sensé dormir dans la même chambre et vraiment je me demandais ce que ce garçon me voulait. Pourtant, c'était très clair. Et en fait chaque fois que j'ai dû ou j'ai pu avoir une extériorisation sexuelle, je dirais, j'ai fait l'anémone de mer, parce que vraiment, comment est-ce que je pourrais dire ça ? Par rapport à la manière dont je me ressens, le fait d'avoir une activité sexuelle me prouve que je suis l'inverse, parce qu'anatomiquement et fonctionnellement cela aurait tendance à me prouver l'inverse de qui je pense être. Donc là, c'est un mal-être et c'est un non sens parce qu'à partir de là, tu te dis «qui a raison ? Est-ce que c'est mon corps par rapport à la manière dont il fonctionne, ou est-ce que c'est ce que je sens vraiment être ?» Et là, il y a un illogisme dans le fonctionnement. Ainsi, je me suis toujours interdit ça parce qu'alors déjà il y a les papiers d'identité, les gens, la police, les miroirs... Mais si en plus au niveau de la sexualité, qui est sensée être un moment de plaisir, je me provoque une espèce d'horreur affreuse en me disant «c'est en train de me dénier, de mettre au rencard tout ce que je peux penser de moi». Ce n'est pas possible parce que, par exemple, comment je pourrais dire, tu vois, comme j'entends certaines qui disent «oui, mais c'est pas grave, on s'arrange avec, c'est un gros clito, je sais pas quoi», je veux dire, il ne faut pas trop se raconter d'histoires. Il y a quand même des logiques. Si je ne veux pas me raconter d'histoires, je suis sensée avoir un appareil sexuel masculin, donc si je l'utilise avec un homme, ce sera un rapport homosexuel. Mais est-ce que c'est aussi simple, aussi, parce que c'est après qu'on commence à se dire qui est l'homme, qui est la femme, comment, pourquoi, et cetera. C'est très compliqué. Je dois dire que je n'ai jamais eu d'expérience sexuelle pour l'expérience sexuelle. C'était toujours, peut-être, une finalité par rapport à un don de soi, par rapport à l'amour de l'autre, tu vois ce que je veux dire. Ce n'était pas «je vais aller sucer dans les chiottes ou me faire sauter parce que c'est génial, on s'éclate.» Et dieu sait si en travaillant dans des boîtes pendant des années, j'ai vu ça. Apparemment, il y a plein de gens qui s'en arrangent. Pour moi, ça fait partie d'un vrai don de soi par rapport à une acceptation, une reconnaissance et un vrai sentiment d'amour. C'est une finalité. J'ai pas envie de commencer par la fin du film. [...] Moi, j'ai la sensation d'être une femme, l'autre me dit que je suis une femme, tout va très bien. Mais, sexuellement, il ne faut pas trop se la raconter. Alors, je ne sais pas, mais en même temps est-ce que... Je ne sais vraiment pas comment gérer cela... Quand je sentais que ça devait venir, en général, c'était deux bouteilles de rouge, tu joues avec mon cadavre, quand c'est fini, je pleure pendant une

semaine, et ça n'a vraiment pas été des moments de plaisir. J'ai toujours été étonnée de voir cette espèce de béatitude que les autres ressentaient, des gens dans mon cas, par exemple, qui le vivent très bien. Et alors, le truc qui m'échappe et auquel je n'ai jamais pu participer, c'est le fait de se dire «je suis une femme avec un appareil sexuel masculin et je sodomise mon mari», ça c'est un truc qui me dépasse complètement. Autant je peux concevoir, dans une espèce de finalité ou dans un couple hétéro de base que la femme porte un godemichet pour sodomiser son mari parce que ça fait partie d'un jeu ou d'un fantasme, mais se dire «je suis une femme et j'ai enulé mon mec», ça... Moi ça m'échappe complètement parce que, qu'on le veuille ou non, normalement, ce ne sont que les hommes qui font ça. Alors j'ai entendu dernièrement quelqu'un, dont je tairai le nom, qui participe à des soirées multiples, je dirais, et qui prend du Viagra pour pouvoir retrouver cette virilité pour satisfaire ses partenaires. Alors là ... ça me dépasse. [...] Alors autant, tout ce qui peut être sensuel, charnel, tendresse, ça va, à partir du moment où on s'occupe des parties de mon corps qui ont mis en évidence ce que je crois être, c'est à dire si on s'occupe de ma poitrine, du haut, de mon visage, de mes cheveux, mais il ne faut pas s'attaquer à tout ce qu'il y a entre le nombril et les cuisses, ça c'est clair, parce que là c'est le drame. Sinon, le reste ça va, parce que le reste me convient et correspond à une logique. Parce qu'en fait, quand on doit en arriver là, à essayer de toucher mon sexe... Ça me déstabilise parce que je me dis «alors l'autre est quoi et cherche quoi». Parce que combien de fois, j'ai entendu dans les boîtes, des bars, ou des endroits plus ou moins glauques où j'ai travaillé, des clients qui venaient et qui ouvertement disaient «oui, la fille que vous m'avez passée, c'est pas une belle femme, elle n'a pas une grosse bite!». Je serai curieuse de savoir comment ils résument ça dans leur tête ? A la base, il est, quand même, rarement prévu que les femmes aient des bites, qu'on le veuille ou non [...] Alors tant qu'il n'y a pas de d'activité sexuelle, tout va bien. Je me suis jamais sentie lesbienne non plus. Et les rarissimes fois de ma vie où j'ai pu essayer d'avoir des rapports, ce fut une catastrophe ! Comment je vais expliquer cela, parce que je pense toujours à l'image de l'autre qui dit «oui on s'arrange, après tout c'est juste un gros clitoris», froidement, comme ça je me dis, «jusqu'où on peut aller dans le délire ?» Et en fait, je me dis, que finalement... Est-ce que c'est un délire ou pas. Cette possibilité de transposition, justement, je l'ai vécue dans les rarissimes fois où j'essayais de me masturber, en fait, en m'imaginant que ce n'était pas mon sexe mais celui de l'autre. Donc, jusqu'à quel point on peut se dédoubler ou se leurrer ? En fait, quand je n'ai plus conscience que c'est moi, ce n'est pas un malaise. Mais il y a quand même une espèce de logique finale qui te dit tiens ! Et alors, «si c'était pas un autre !?» Là, re le drame ! »

Evrard, entretien n° 4, annexe G : « je n'avais pas de sexualité parce que je n'envisageais pas d'avoir du plaisir, enfin de me servir du sexe que j'avais, qui n'était pas le mien. Je n'avais pas recours à la masturbation, pour la même raison. Au niveau sentiment, j'avais mis mes sentiments de côté ces derniers temps et je n'avais rien fait pour, je dirais,

rencontrer quelqu'un ou tomber amoureux, donc la question ne s'est pas posée. Peut-être que si j'avais rencontré quelqu'un les choses se seraient peut-être passées différemment. J'étais assez frustré de la situation pour ne pas avoir l'impression de frustrer ma partenaire. [...] *Est-ce que tu as recours à la masturbation ?* Non... Non, parce que ça revient à ce que je disais, ça revient à accepter un sexe qui n'est pas le mien. »

Commentaires et remarques des SBF, annexe 1 : « **G2-2. Etape 1 :** Depuis ma naissance jusqu'à aujourd'hui, je n'ai pratiquement pas eu de sexualité, même seule. Pour ma part, j'ai eu un problème identitaire. N'ayant donc pas de place dans la société en tant que fille, puis adolescente, enfin femme, comment aurais-je pu développer une sexualité ? D'une part, je ne suis pas transsexuelle mais femme depuis toujours. D'autre part, si je suis bien une transsexuelle médicalement parlant (après tout les sourds sont ceux qui n'entendent pas, mais ils sont néanmoins hommes ou femmes), comment un transsexuel peut-il avoir une activité sexuelle s'il n'a pas de sexe ? Pas d'activité sexuelle, pas de sexualité, pour moi il n'y a pas un problème de sexualité, il faut avoir des jambes pour marcher... **Etape 2 :** Me concernant, pour cette phase de "transition", tout à "coulé de source". Plus je suis rentrée dans ma peau de femme, plus j'ai eu des envies, des désirs, des fantasmes érotiques. Maintenant, j'attends la réhabilitation génitale pour enfin m'éclater, vivre à fond ma vie sexuelle, ma sexualité. **G2-8.** Notre sexualité était en constante évolution : ce fut d'abord les regards, la présence l'une près de l'autre puis les caresses et les baisers. Plus tard, il y eut l'amour et les actes sexuels que je lui faisais et donnais. Puis, il y eut un hic, elle voulait me donner du plaisir avec mon sexe d'origine, pour moi, c'était totalement exclu ! Je trouvais la solution en lui demandant de me faire l'amour anal avec une petite excroissance qu'elle avait remarquée près de mon anus, ressemblant à un clitoris ou un genre de clitoris mais moins sensible que celui que j'ai maintenant. Lorsque l'on faisait l'amour, je restais toujours avec ma culotte baissée à l'arrière, (pas devant), jusqu'à l'anus. On se titillait — pour elle, son clitoris — pour moi, l'excroissance anale — avec nos langues, on se pénétrait avec nos langues — pour elle, son clitoris — pour moi, mon anus. Là où cela s'est compliqué, c'était lors de pratiques sexuelles diverses (cavalière, tête-bêche, 69). J'avais la hantise qu'elle touche mon sexe d'origine et que celui-ci touche son corps. Dans notre élan, cela arrivait souvent, ce qui amenuisait mon plaisir "calculé". **G2-9. Etape 2 :** Aujourd'hui, après 8 mois de traitement hormonal, j'ai souvent envie d'avoir des activités sexuelles avec mon nouveau sexe. Cela se traduit par du désespoir, de la frustration et des rêves érotiques sur des femmes que j'admire. Pour l'instant je me concentre sur la jouissance, intellectuelle celle-là, lors de rencontres enrichissantes. **G2-13. Etape 1 :** En tant qu'être masculin (et non homme) le choix d'un partenaire féminin était dicté plus par "normalisation" qu'un désir. Et surtout destiné à combler une solitude. **Etape 2 :** Je suis plus à l'aise sans sexualité, qu'avec une sexualité médiocre n'étant pas en accord avec un corps masculin (mes pensées érotiques étant surtout de nature féminine).

Etape 3 : Ma sexualité nouvelle ne peut actuellement pas se concrétiser. Mes relations avec ma partenaire actuelle (femme) sont surtout d'ordre sentimental et après tellement d'années d'une sexualité désastreuse et je n'ai pas envie de détruire par une sexualité nouvelle qui pourtant serait sûrement d'une meilleure qualité. Je pense que l'âge (54 pour moi, 56 pour ma partenaire) et la peur d'une nouvelle solitude y sont pour beaucoup.

G2-14. Etape 1 : jusqu'à l'opération j'avais besoin de comportements de soumission que j'intégrais comme un véritable caractère sexuel secondaire, pour suppléer le manque de réalisme de mon anatomie. Dès l'intervention se passait un basculement et mon tempérament dominateur n'avait plus de raison d'être caché.

Etape 2 : *[A propos de la masturbation]* [...] paradoxalement pas le sexe, que je rejetais, que je coinçais avec du sparadrap etc. mais les seins. *[A propos de la nudité et de l'aisance dans la sexualité]* Plus femme que jamais, se sentant désirée mais honteuse de l'objet incongru entre les jambes. J'avais très peur en outre qu'il ne se "réveille" dans le feu de l'action et donc peur d'une jouissance, fût-elle cérébrale, qui aurait échappée au contrôle.

Etape 3 : Mon attache affective reste celle *[la personne]* qui m'a aidée à renaître et avec laquelle je vis et travaille. Notre tendresse même si elle va jusqu'à des caresses, n'a plus de côté strictement sexuel. J'ai un partenaire régulier que je fréquente depuis de nombreuses années et j'ai des aventures occasionnelles au feeling, sans les rechercher spécialement. Mes critères de choix sont paradoxalement très cérébraux (culture, intellect, charme, Hommes de pouvoirs) pour une finalité strictement physique ! *[A propos de la masturbation qu'elle pratique]* [...] j'ai la chance d'avoir une anatomie intime très réussie avec connexion nerveuse + + + !

G2-15. Etape 2 : Pendant la phase transitoire hormonale, je n'ai pas eu de rapports sexuels.

Etape 3 : Il faut dire qu'après mon opération en Angleterre par Royle, je dois toujours continuer à me servir d'un conformateur, et de lubrifier avec du gel et de la colpotrophine, sinon mon néo vagin serait sec, et sans conformateur je serai trop étroite et ne supporterai pas de grosses verges. Il faut aller doucement pendant la pénétration. Je n'ai pas d'orgasme. Les bouts *[des seins]* sont un peu sensibles et ne ressentent pas d'excitation. Mon corps de femme reconstitué sans utérus, ovaire, trompe ne peut réagir et être aussi sensible qu'une femme de naissance. »

Commentaires et remarques des SBM, annexe I : « **G2-18. Etape 2 :** Dans l'imaginaire de notre couple, ma partenaire fait l'amour à un homme, différent soit mais étant donné que mon clito a énormément grossi, cf. Androtardil, elle le pince entre ses doigts et fait un va et vient et je dois avouer que je décolle. C'est comme un "pénis". Ce qui est bien, c'est qu'on peut faire l'amour pendant de nombreuses heures. Le nouveau, c'est que j'éprouve du plaisir, je suis déjà "libéré". Par contre, le hic c'est que je garde mon tee-shirt, la mastectomie n'étant que pour dans 2 mois.

G2-19. Etape 1 : Avant l'hormonothérapie, on ne peut pas vraiment dire qu'une sexualité existait. Il s'agissait de "sensualité" et de fantasmes basés sur ce que j'imaginai que les autres hommes "normaux" aimaient. C'était en tout cas très enfantin.

Etape 2 : Pendant l'hormonothérapie, la sexualité est plus

primaire, voire animale, plus réelle. Il existe un véritable besoin. La part du rêve est moins grande. »

Les notes suivantes sont extraites de l'annexe J, pour les deux groupes, en réponse aux questions ouvertes 1 à 8 de la dernière page du questionnaire.

1. Etes-vous satisfait(e) de votre sexualité ? Décrivez en quoi vous êtes satisfait(e) ou insatisfait(e).

Les femmes : « G1-1. Oui et non. Beaucoup de choses à apprendre. Le chemin est long, c'est tant mieux. G1-2. Pas souvent... Je suis toujours en quête du partenaire idéal, de l'âme soeur. G1-3. Non. Mon partenaire me fait rarement jouir et j'ai plus souvent envie que lui, plus longtemps. J'aimerais jouer avec lui. G1-4. Oui. Mon ami et moi-même avons une grande connaissance de nos corps. G1-5. Oui, de faire l'amour avec la personne que j'aime. G1-6. Non. Trop d'années de vie commune avec un homme violent m'ont rendue froide et la ménopause a fait le reste. G1-7. Non, pour des raisons médicales. Traitement anti dépresseur qui joue sur la libido. G1-11. Oui, mais parfois trop courte, pas assez souvent parfois ou sans orgasme, mais celui de mon partenaire me satisfait déjà beaucoup. G1-12. Pas toujours. Parfois je voudrai faire plus l'amour. Sinon quand je fais l'amour avec mon partenaire c'est bien. G1-13. Oui. Je suis heureuse quand je fais l'amour parce que je choisis quand j'ai envie ; et que les sentiments que j'ai pour mon partenaire ont changé ma façon de faire l'amour. J'apprécie plus. »

Les hommes : « G1-17. Oui. Savoir donner, savoir prendre. G1-18. Oui et non. *[Sans autre commentaire.]* G1-19. Je suis satisfait de ma sexualité car je l'assume et ne rencontre aucune frustration. G1-20. En général oui. Dans le fait qu'elle soit une parenthèse dans le quotidien, une ouverture sur l'absolu. G1-21. Non parfois, oui souvent. Ça manque un peu d'exotisme. G1-22. Non : ça devrait être plus et mieux, plus fort, plus souvent... Oui, par le fait d'avoir trouvé une partenaire qui partage le même genre de sexualité. »

Les SBF : « G2-1. Je n'ai actuellement aucune sexualité de quelque ordre qu'elle soit. G2-2. Non, actuellement, j'ai beaucoup de frustrations, mon physique est allé plus vite que ma partie génitale. G2-3. Non, je ne suis pas satisfaite parce que ma vie sexuelle est presque nulle. Et si ça arrive, c'est tellement superflu parce que simplement c'est momentané et circonstanciel. G2-4. Je ne peux pas encore répondre à cette question. G2-5. Sexualité à découvrir. G2-6. Je fais l'amour avec le sexe qui est le mien. G2-7. Oui et malgré mon opération et le traitement hormonal, je peux encore avoir des orgasmes³². G2-8. Je suis à demi satisfaite car j'ai pu avoir une sexualité malgré mon syndrome de Benjamin et j'ai été heureuse de ressentir des sensations mais je regrette d'avoir été limitée du fait de mon sexe

³²) Cette personne a coché "agréable" à la question "lors d'une activité sexuelle, vous éprouvez : des sensations agréables, des sensations désagréables, un orgasme, rien".

&d'origine. G2-9. Je ne suis pas satisfaite de ma sexualité. Cause supposée : le passage trop brusque d'une vie 100% homme à une existence avec l'aspect femme. Ou encore : quelques doutes sur la crédibilité du sexe fabriqué ?? G2-11. Oui, en ce sens que ce n'est pas la sexualité le problème mais la relation amoureuse et je n'arrive pas à "fixer" l'homme sur lequel je fait ... une fixation ! G2-12. Non. Pas trouvé de partenaire intéressante depuis l'opération car besoin de stabilité plus important qu'avant. G2-14. Par l'obtention d'orgasme déclenché sexuellement par mon partenaire. G2-15. Oui, mais quand mon partenaire regarde mon sexe, il voit que quelque chose n'est pas normal. »

Les SBM : « G2-16. Oui, je le suis : j'aime ma femme et elle m'aime, notre complicité, nos sentiments m'apportent toute la satisfaction dont j'ai besoin. G2-17. Très peu. Car mes instincts sexuels ne sont pas ou peu satisfaits. G2-18. Pour l'instant peut mieux faire car j'aimerais la pénétrer avec un pénis et pas seulement [avec] les doigts. G2-19. Non. La plupart de mes envies ne peuvent être satisfaites par mon physique actuel (fellation, pénétration...). G2-20. Oui, globalement la satisfaction provient de la qualité de la relation avec l'autre. Le plus important étant de se sentir à l'aise avec son nouveau corps. G2-21. Pour l'instant non car en attente de la prothèse pénienne. G2-22. Oserai-je dire qu'en ayant la sensation d'être castré je peux trouver la sexualité merveilleuse. G2-24. Insatisfait, je ne peux encore effectuer l'Acte complet. Peut-être après la phalloplastie. »

2. *Qu'est-ce que vous aimez le plus dans la sexualité ? Décrivez.*

Les femmes : « G1-1. Le début ! La fin parfois. Et surtout : le voyage (transport) dans un autre monde. G1-2. Pénétration et simultanément caresses clitoridiennes, anales. G1-3. La magie, le jeu, l'échange, la chair, l'odeur, les sensations, les sentiments, les odeurs, la folie, la liberté, l'intimité... L'excitation. G1-4. Les préliminaires. G1-5. La personne avec laquelle je le fais. G1-6. Les caresses, les attouchements. G1-7. Le plaisir et l'état de partage et de rencontre entre deux individus. G1-9. De me vider de toute énergie négative emmagasinée. G1-10. L'intimité. G1-11. Les préliminaires, caresses, pénétration et entendre l'orgasme de l'autre ou vivre le sien, encore mieux le nôtre ! G1-12. Les préliminaires, caresses, le moment juste avant la jouissance. G1-13. Etre à deux et partager. G1-14. Le plaisir. G1-15. La relation à l'autre, les caresses. G1-16. Etre aimée par quelqu'un et [aimer ?] [Mot manquant ?] quelqu'un, le désir, la peau. »

Les hommes : « G1-17. Le contact de la chair, le désir, la chaleur, la dominance l'un envers l'autre. G1-18. Les préliminaires plus que l'acte en lui-même. G1-19. Les rapports physiques, les échanges, la jouissance et le plaisir, l'oubli de soi et le partage. G1-20. La dimension d'oubli, de perte, le vertige, la confusion... G1-21. Donner du plaisir à l'autre de quelque manière que ce soit. G1-22. Les jeux érotiques, la montée du plaisir. L'espace/temps spécial partagé avec la partenaire. »

Les SBF : « G2-1. La tendresse, la présence de l'autre ! Les caresses (en gros les préliminaires). G2-2. Actuellement, ce n'est qu'une pensée. Ce serait à la fois le partage de l'affection, le partage du corps et le sexe "bestial". G2-3. Aimer et être aimée, sentir un véritable sentiment profond de tous les 2 et de faire durer le moment de rencontre et de plaisir. G2-4. La tendresse. G2-6. Les attentions, tendresse, caresses. G2-7. Les préliminaires et les pénétrations. G2-8. Les codes amoureux, la sensualité, l'excitation, les attouchements, l'amour clitoridien, donner du plaisir à son amante, les pratiques sexuelles réciproques. G2-9. L'arrivée à l'harmonie des deux corps et des deux âmes. G2-11. C'est l'(une des) expressions d'un amour véritable. La "baise" pure n'était qu'un palliatif à mon empêchement et a cessé dès le commencement du processus médical. (Mes 10 cales*, c'est ça qui bloque !) [**Jeu de mot : médical.*] G2-12. Tendresse, caresses, épanouissement et apaisement post orgasmique. G2-13. Le plaisir de donner du plaisir à un homme et lui faire atteindre l'orgasme. G2-14. Etre désirée, draguée. G2-15. Etre nue dans les bras d'un homme qui me caresse sans pour cela penser au sexe. »

Les SBM : « G2-16. Le plaisir que cela nous procure (à ma femme et à moi). G2-17. Les instincts sexuels peuvent être joués. G2-18. La sensualité, faire jouir ma partenaire. Recevoir du plaisir par ma partenaire et non plus par masturbation personnelle... LE PARTAGE DE TOUT. G2-19. Les préliminaires : caresses, jeux de langues, visualisation de l'acte. G2-20. La magie des sens. D'une manière plus terre à terre la fusion par la pénétration. G2-21. L'autre... Donner du plaisir à ma partenaire et le voir. Avoir moi-même du plaisir. G2-22. Ce que ressent l'autre, le plaisir et l'orgasme de l'autre. Et surtout la sensualité et les préliminaires. G2-24. Les préliminaires et la jouissance de ma partenaire. G2-25. Je ne sais pas, car ma sexualité, que je le veuille ou non, est celle d'une femme, avec vagin etc. J'aimerais avoir des rapports sexuels avec un homme ! »

3. *Qu'est-ce que vous aimez le moins dans la sexualité ? Décrivez.*

Les femmes : « G1-1. Quand il n'y en a pas. Et puis le sentiment, parfois, d'être nulle. G1-2. Pénétration anale sans autre attouchement sexuel. G1-3. L'égoïsme, le manque de communication, la fin, le décalage. G1-4. Il arrive que ce soit parfois trop "automatique" ! G1-6. Pénétration. G1-7. Les perversités, les tabous et les dérives associées. G1-9. Faire par devoir, quand je n'ai pas envie. G1-14. Ceux qui veulent à la fin m'offrir des cadeaux. G1-15. La violence. G1-16. Ne plus pouvoir sortir, peur d'être trop remplie d'amour. »

Les hommes : « G1-19. Parfois elle est limitée au domaine purement physique sans être partagée au niveau mental. G1-21. L'égoïsme. G1-22. Le passage du temps "sexuel" à la réalité. »

Les SBF : « G2-1. La sensation d'être utilisée ou avilie. Tout ce qui peut paraître dégradant (ou donnant cette sensation ou impression). G2-2. Actuellement, ce n'est qu'une pensée. Ce

serait être toujours dominée, le contraire du partage, partage des goûts, des fantasmes, des envies du moment. G2-3. Le vide, l'absence de sentiment, être utilisée pour le plaisir de l'autre sans rien en échange, ce qui m'arrive le plus souvent. G2-4. La violence. G2-6. La rapidité. G2-8. (En général.) Les jouets sexuels, la pénétration hétérosexuelle, la sexualité à but nataliste. Mon amie et moi n'avons jamais désiré d'enfant. G2-9. C'est ce que je crains le plus : le risque de satisfaire un besoin charnel sans avoir atteint l'harmonie nécessaire à la communion totale entre les deux partenaires. G2-11. Je ne comprends pas la question. G2-13. Les échecs répétés. G2-14. L'après dans le rapport strictement sexuel. G2-15. La brutalité et le manque d'imagination chez l'homme. »

Les SBM, annexe J : « G2-16. De ne pas être encore physiquement l'homme que je suis. G2-17. Le fait que mon corps me rappelle que mes instincts sexuels ne sont pas vraiment satisfaits. G2-18. Le bruit du va et vient des doigts dans le vagin. G2-19. La frustration ressentie en cas de non assouvissement d'une envie (pénétration...). G2-20. Certains aspects bestiaux, les pratiques déviantes : la sodomie par exemple. G2-21. A l'heure actuelle que l'on me caresse le sexe, à cause de ma non érection. G2-22. Ne pas pouvoir participer réellement et de me sentir diminué. G2-24. L'après. »

Comment les SB considèrent leur corps et leur sexe

Le nouveau sexe des SB doit être entretenu. Les SBF doivent continuer les dilatations (une fois par mois) à vie et utiliser une crème pour éviter que la peau s'assèche et perde sa souplesse. Je crois que les femmes ménopausées ont plus ou moins les mêmes problèmes. Les SBM doivent faire attention à ne pas abîmer leur verge dans les rapports sexuels et surveiller le risque d'infection urinaire.

Les SB rejettent les parties et les éléments sexués, (dans le sens de sexuation), de leur corps car ils marquent leur sexe biologique et font que le sujet n'est pas reconnu pour se qu'il se sent être. Quand ces éléments sont présents, les personnes concernées par le syndrome de Benjamin ne les supportent pas.

Pour les SBF, la pilosité (barbe et poils) est toujours trop présente, la voix trop grave, la pomme d'Adam visible, la peau trop rugueuse, les mains et les pieds trop grands, la taille pas marquée et le bassin trop étroit. Elles détestent leur manque de seins et leur sexe masculin qui est à la place de celui qu'elles aimeraient avoir. Certaines m'ont dit leur regret de ne pas avoir de règles, de ne pas pouvoir porter un enfant, ni le mettre au monde, ni de l'allaiter³³. Par ailleurs, beaucoup d'entre elles mettent des protections hygiéniques dans leur sac et dans les toilettes de leur appartement.

³³) Communications personnelles.

Pour les SBM, la présence des seins, des menstrues, des grosses fesses et grosses cuisses (type culotte de cheval), de la voix trop aiguë, des épaules trop étroites, leur sont insupportables. Ils regrettent leur manque de musculature, de pilosité (barbe, poils), de ne pas avoir ce sexe masculin qui leur fait tant défaut.

Pour tous, c'est l'ensemble des caractères sexuels primaires et secondaires qui ne conviennent pas qui sont rejetés. Cela entraîne des stratégies comme éviter les miroirs, ne regarder que des parties du corps dans la glace, ne pas se montrer nu, se cacher dans des vêtements mixtes ou trop grands...

Tableau 3
Les personnes sont-elles satisfaites esthétiquement de leur corps ?

Réponses	(Nombre)						(%)					
	Non-SB			SB			Non-SB			SB		
	Tous	F	H	Tous	NF	NH	Tous	F	H	Tous	NF	NH
Oui	11	8	3	12	10	2	50	50	50	48	67	20
Non	9	6	3	11	4	7	41	38	50	44	27	70
Entre oui et non	2	2	0	2	1	1	9	12	0	8	6	10
Sujets	22	16	6	25	15	10	100	100	100	100	100	100

Six des sept nouvelles femmes (NF = ex-SBF) ont coché "oui", (G2-6, 7, 8, 9, 10 et 11). Une autre coche "oui" mais en précisant "sauf la partie génitale", (G2-2). Une nouvelle femme opérée en juillet 1999 a coché "non", (G2-5).

Un nouvel homme (NH = ex-SBM) coche entre "oui" et "non", (G2-23). Un autre coche "non" et précise "mais il est mieux", (G2-24). Les 2 nouveaux hommes qui ont coché "oui" sont ceux qui ont fait la phalloplastie, (G2-20 et 21).

Les SBM sont le moins satisfaits de leur corps. Ce sont les 7 qui n'ont pas fait la phalloplastie et celui qui regrette l'opération (G2-25). Les SBF sont majoritairement satisfaites. Là encore les opérations y sont pour quelque chose. Elles ont presque toutes passé cette étape.

Au final, les SB se contentent de ce qu'ils ont quand ils ne sont pas ratés sur le plan chirurgical. Ils mesurent l'importance d'avoir un corps conforme à leur sexe psychologique même avec des imperfections. Ils ont conscience que personne n'est parfait. Ils veulent être crédibles, (que l'on ne devine pas leur spécificité en les regardant), et pouvoir fonctionner physiquement et sexuellement (avoir des relations affectives et sexuelles satisfaisantes). Sauf pour quelques personnes qui ne sont pas aidées pas la nature, c'est une exigence tout à fait réaliste.

Anna, entretien n° 1, annexe D : « je pense que ma sexualité maintenant doit pouvoir s'étaler sans arrière pensée, sans haine de ce machin que j'avais qui pendouillait entre les jambes qui ne me plaisait pas trop. Ce n'est pas que je le détestais, mais j'avais l'impression qu'il réagissait indépendamment de moi. [...] Mais c'est extrêmement... C'est gênant... Et en tant que femme je ne ressens pas cette même sensation, même si je ne suis pas une femme biologique... Je ressens plus cette même sensation de désir... Absolument de... Cet espèce de désir de... Je vais être vulgaire, de vider le poireau, en fait. [...] J'ai toujours eu l'envie ou le désir de faire l'amour, mais faire l'amour avec mon sexe. En fait c'est le seul problème, je n'ai jamais été bloquée sexuellement. J'étais bloquée au travers de l'outil, je vais dire, ou du sexe, pas de la sexualité mais du sexe physique. »

Axelle, entretien n° 3, annexe F : « il s'avère qu'avec le peu que j'ai pris mon corps a travaillé et a correspondu à ce que j'attendais de lui, donc, j'ai cette espèce de poitrine suffisante, je dirais. Mais malheureusement, étant donné que le corps continue à travailler comme il était prévu qu'il travaille à la base, il y a donc, forcément, quelque part une fabrication d'hormones mâles, et alors ce qu'il peut m'arriver de pire, c'est les rares fois où il peut se passer une espèce d'érection ou quelque chose qui correspondrait. Alors ça... Encore une fois, je retourne dans le système de «bon, alors, si je fonctionne comme ça, je ne suis pas qui je suis», c'est l'éternelle remise en cause. J'ai fait pendant des années un tel combat interrogatif avec moi-même que je pense, maintenant, être en accord avec moi-même. Je me dis que ce putain de détail correspond à rien, et franchement, je pense en fait que ce sexe imbécile ne suffirait pas à prouver ou à définir qui je suis, mais de là à l'utiliser. Je ne correspond pas à ça. Il y a quand même tout le reste du corps, qui est quand même beaucoup plus important, il y a la majeure partie de la tête, qui me prouve le contraire... Je ne ressens pas d'être quelqu'un d'autre qu'une femme. [...]

Ça en revient à ce que je disais, se sentir une espèce de monstre, oh non sans aller jusque là, mais d'être pluriel, d'être toujours en train de jouer à cache-cache avec les miroirs, les objets, à se cacher parce que tu as cette espèce de présence charnelle qu'on ne peut pas nier, et qui veut te prouver le contraire de ce que tu penses de toi. Autant, tu peux pendant des années gérer, jouer à cache-cache, t'éviter... Tu veux aller à la plage, il y a forcément l'inévitable. Les deux moments critiques de la vie qui sont les toilettes et la douche, où là, tu es obligée d'y passer. Alors, on fait avec, pourquoi pas. Et là, on re glisse dans le phénomène du gros clito, en se disant «c'est une excroissance de chair, c'est une verrue, c'est ce qu'on veut.» On fait avec, on se dépêche de nettoyer ça et, ma foi, ça passe. Mais il y a un moment, à long terme, où tu peux plus jouer à cache-cache avec toi-même, et il y a cette espèce de chose qui prouverait toujours l'inverse. Donc, tu ne peux pas te regarder en entier, tu es comme une espèce de puzzle, en fait. Et c'est fatigant de n'être que des morceaux tout le temps à rassembler. Par exemple, le fait de, comment je pourrai dire... Si, par exemple, je devais me retrouver au pieu avec un mec, qu'est-ce que je lui dis ? Parce

qu'il y a cette espèce de vérité anatomique. Ça fait 20 ans qu'on me dis «bonjour Madame», je pense être en accord avec moi-même à ce niveau là. Et je ne me vois pas en train de dire, par rapport à un détail anatomique, à un mec «je suis un homme.» Parce qu'alors là, j'aurais l'impression de dire une énormité, alors que normalement, il y a cette évidence qui prouve le contraire. Il y a vraiment des moments où tu as une espèce de tiraillement affreux parce que la grosse majorité de mon corps me prouve quand même que je suis une femme intérieurement et extérieurement, au niveau du ressenti, du vécu, et cetera, et il y a ce putain de détail. Il est clair qu'au bout d'un moment, il est important de se mettre entièrement en accord avec soi-même. Je crois, qu'on ne peut pas vivre ça tout le temps et à long terme. C'est vraiment, je ne sais pas comment dire... Il y a un moment où ça n'est plus gérable. Parce que tu peux pas éternellement jouer à cache-cache. Déjà, souventes³⁴ fois, je me dis, «j'ai l'impression de vivre un leurre», d'essayer d'aller au-delà de moi-même en me disant «non, je suis une femme, je suis une femme, je suis une femme»... Tu vois, ça me fait penser au dessin de Magritte, où il a dessiné une pipe et où il a mis «ceci n'est pas une pipe.» Alors je me dis «est-ce que j'en suis là ?» Pendant un moment, je disais «je suis une femme "canada dry"», mais ce n'est pas suffisant non plus, parce que s'il y a des gens qui veulent y goûter, et effectivement, je n'ai pas le goût du "canada dry", c'est clair. Je crois que c'est important de se mettre en accord avec soi-même, parce que tu as beau te la jouer, tu as beau te la raconter, la vérité te rattrape... Par exemple, il y tous les passages de la plage, de la piscine, tu es obligée de jouer à cache-cache. Là ce serait des moments de plaisir dont on est obligé de se priver. Et puis après, il y a aussi l'histoire de la réalisation poussée administrativement en se disant que si on en arrive là [*opération*], et bien, on aura des papiers, on aura une reconnaissance sociale, et cetera, normalement. Ça, c'est aussi important. Et je sais que, par exemple, pour moi qui ne suis pas sexuelle, je dis que ça fait 30 ans que je pisse assise et que je sois opérée ou pas, ça ne changera rien à l'histoire, mais si ça me permettait d'avoir de papiers en règle et qu'enfin on me foute la paix, et que les flics ne me disent plus «où est-ce que tu tapines» ou genre «c'est qui le monsieur», ou et cetera... Ça c'est très usant aussi, c'est épuisant.

[...] j'ai noté ça l'autre jour, c'était amusant, alors c'est certainement l'inconscient qui travaille, il y a un miroir sur la baignoire, et en fait, le miroir s'arrête au niveau du nombril. C'est rigolo. Ça fait que quand je prends ma douche, je me vois, je me vois moi, c'est clair. Alors après, bon... On s'arrange comme toujours. Mais c'est assez marrant. Je me suis dit «tiens !» Ça s'est fait tout seul ou je l'ai fait sans le vouloir, et c'est assez rigolo. C'est comme quelqu'un qui aurait une partie purulente de son corps, tu vois, qu'on se dépêche de nettoyer, parce que c'est un peu écoeurant, et puis on fait avec, et puis voilà, en se disant qu'un jour ça guérira. Mais c'est vrai qu'à très, très long terme, c'est très usant. »

³⁴) Pluriel de souvent pour dire "souvent des fois". Expression qu'emploie souvent Axelle, mais que je n'ai pas trouvée dans le dictionnaire.

Les questionnaires SB : « **G2-6. Etape 2** : Ma sexualité était nulle mais cela me semblait bon de ne plus avoir d'érection. **G2-24. Etape 1** : Lors de nos relations, je refusais qu'on me touche et je n'aimais pas qu'on voit mon corps. Je ne me déshabillais jamais. Je déshabillais ma partenaire et j'adorais voir son corps. **Etape 2** : Maintenant, j'arrive à me mettre torse nu sans problème devant ma partenaire et accepte les caresses de mes différentes parties érogènes (tête, bras, cheveux, reins, nuque), mais je ne me mets pas encore nu. »

Quand le traitement hormonal commence à faire ses effets, les personnes concernées par le syndrome de Benjamin voient leur corps progressivement tendre vers ce qu'elles souhaitent. Elles deviennent plus à l'aise, leur rapport à leur corps s'améliore.

Les SB doivent faire leur deuil de ne pas être des nouvelles femmes ou des nouveaux hommes biologiques, d'être mère ou père biologique. Il y a toujours un renoncement à quelque chose. Parmi ceux qui ne renoncent pas, certains espèrent pouvoir adopter, d'autres ont recours à l'insémination artificielle de leur compagne, quelques uns font des enfants avant tout traitement hormonal.

Le corps des SB est un objet (au sens ethnopsychiatrique du terme) qu'ils habitent, qu'ils utilisent et qu'ils adaptent à leur personne. Ils n'ont pas d'autre solution pour se sentir en harmonie. La conséquence est que leur corps n'appartient ni à Dieu³⁵, ni à l'État³⁶. Actuellement, en dehors du "transsexualisme", nous voyons (ré)apparaître des pratiques anciennes, (piercings, tatouages, scarifications, poses d'implants décoratifs sous la peau...), et modernes, (chirurgie esthétique), de modifications corporelles, telles qu'en recense Stéphanie HEUZE, (2000). Ce mouvement de réappropriation du corps dépasse très largement les "transsexuels/les". Mais quoi de plus radical que de changer de sexe ? Se faire implanter des bijoux sous la peau, se faire tatouer, percer, rectifier une partie de l'anatomie... paraît beaucoup moins extrême. Dans ce sens, les "transsexuels/les" sont des précurseurs du monde moderne. De même, ils viennent interroger les catégories sociales, ce qui remet en cause l'organisation de la société fondée sur la bipartition sociale en deux sexes (femme, homme) et pour laquelle aucune autre catégorie n'est possible. Cette organisation bi-catégorielle n'envisage qu'une solution : les intégrer dans l'un des sexes existants. Une autre possibilité pourrait être un autre type d'organisation sociale qui ne serait pas fondée sur le sexe et qui serait plus égalitaire car, quelque soit notre sexe, nous sommes tous des êtres humains.

³⁵) Si Dieu a fait l'homme et la femme, il a aussi fait les "transsexuels/les" !...

³⁶) La loi sur l'indisponibilité de l'état des personnes fait que c'est l'État français qui est propriétaire du corps de ses citoyens. Le suicide et les mutilations sont interdits. Personne ne peut décider de sa naissance, de son sexe, de sa mort, de sa filiation, de son nom, ni de son/ses prénom/s. Les personnes SB s'y sont heurtées jusqu'en décembre 1992, date du revirement de la Cour de Cassation suite à la condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en mars 1992.

Mr VAN DER REIJT, (1995), de la Dutch Gender Foundation (Fondation Néerlandaise sur l'Identité Sexuelle), lors du XXIII^e colloque de droit européen à l'Université Libre d'Amsterdam, les 14-16 avril 1993, dans son *Allocution*, p. 11, nous fait une proposition : « Le résultat de cette loi néerlandaise, l'évolution des droits de la personne et de la famille (par exemple les débats sur la nature du mariage et de la vie familiale) et les phénomènes sociaux tels que l'émancipation des femmes, m'ont convaincu que la meilleure manière, et la plus facile, de régler les problèmes juridiques des transsexuels est de supprimer tout simplement la mention du sexe sur l'acte de naissance, et cela vaut naturellement pour l'ensemble de l'Europe.

Indiquer le sexe sur l'acte de naissance n'est guère utile ; si vous y réfléchissez, l'armée par exemple, recrute de nos jours aussi bien des hommes que des femmes. Si Napoléon vivait aujourd'hui, voudrait-il que l'indication du sexe figure sur ce document ?

Durant ces trois jours, je suis certain que nos savants amis du monde médical nous démontreront que le sexe indiqué sur le certificat de naissance est une des informations les plus sujettes à caution. Nous autres juristes, ne ferions-nous pas mieux d'éviter dès le départ ce genre d'ambiguïté, en supprimant tout simplement cette indication ? »

Les hormones

Comme le montrent les commentaires des questionnaires SB (G2) et les interviews, le rôle des hormones est important dans les désirs et les pulsions sexuels.

Yoann, interview n° 2 : « avant, après, c'est sûr qu'il y a des gros changements, notamment pendant la période hormonale. Il y a des pulsions qu'on ne peut pas contrôler mais qui sont demeurées de toute façon de type hétérosexuel. Et puis après, ça se calme et par la suite on peut dire ça se stabilise. Ensuite, quand toutes les opérations sont faites, y compris la verge, je ne peux pas dire que je me sois senti submergé par les pulsions. Je vais même dire que le fait d'avoir autant souffert pour avoir quelque part un corps qu'on accepte donne une satisfaction telle que hormis un individu qui pourrait vous intéresser puis peut-être susciter des émotions telles chez vous, au niveau purement sexuel, ce n'est pas la grosse cavalcade. Oui, je partage un peu les sensations qu'a eues un autre qui s'appelle Jean, je n'ai pas de pulsions particulièrement fortes. De temps en temps, quand ça me démange, (c'est plutôt quelques jours après la piqûre), je me soulage et puis c'est terminé. »

Axelle, interview n° 3 : « Et donc, on m'a fait ma première injection, et là, ça m'a fait penser un peu à la potion magique d'Astérix, tu vois, où le corps fait "tchaaouff" ! Il se passe des trucs, genre, la douleur de la poitrine qui pousse. Et en fait j'avais le ressenti d'une adolescence que j'aurais aimée avoir et que je ne comprenais pas. C'était vachement étrange comme sensation. [...] Et donc, Cordier, lui, est allé plus loin quand je lui ai dit que je recommençais ce traitement. Il m'a dit que lorsque je prenais des hormones, je me sentais

mieux. Que cela me provoquait une sensation de bien-être. Pas du tout, cela ne me provoque rien de tel. Je ne suis pas une droguée. [...] Quand Cordier m'a dit «oui, mais quand vous prenez des hormones, ça vous provoque un bien-être», non, ça me provoque rien du tout. Là, il est en train de se planter et ça me gonfle un peu parce que c'est vraiment pas ça. Ce n'est pas, si je ne prends pas ma pilule, je ne vais pas bien. J'en ai pas pris pendant des années et ça n'a rien changé à ma manière de vivre et à la manière de me ressentir. [...] Une fois de plus, je ne sais pas si on peut faire une généralité et en tout cas, pour moi, cela ne fonctionne pas, parce que, que j'en prenne ou pas, à la limite, je trouve cela chiant parce qu'il faut y penser tous les soirs, c'est contraignant. En général, j'oublie, je me dis «ce n'est pas grave, on verra demain...» Parce que vraiment, je n'ai pas la sensation qu'il se passe quelque chose de plus ou de moins dans mon corps, tu vois. Parce que j'en ai pas pris pendant des années et ça n'a rien changé à la manière dont je me suis vue, dont je me suis conçue et dont j'ai vécu... »

Evrard, interview n° 4 : « Il est évident qu'on sent une différence avec le traitement hormonal. C'est là qu'on peut comprendre les envies sexuelles masculines. Effectivement, là c'est vraiment la testostérone qui joue, mais, bon, ça se surmonte, comme tout, hein ! C'est une question de volonté et de maîtrise de soi. [...] Oui, par contre ce qui ne peut pas être contrôlable c'est, effectivement, les rêveries. Ça c'est ce que je ne peux pas contrôler. C'est même désagréable, dans le sens où des fois ça te prend un peu trop, ça prend un peu trop le champ de conscience. Durant un temps je prenais un traitement hormonal supérieur³⁷ à celui que je prends maintenant, et j'ai le souvenir qu'effectivement, j'avais encore plus de rêveries à ce moment là... » *[Il ne s'agit pas de rêves, mais de rêveries éveillées.]*

Les questionnaires, annexe I : « **G2-6. Etape 2 :** Ma sexualité était nulle mais cela me semblait bon de ne plus avoir d'érection³⁸. **G2-10. Etape 2 :** En raison de mon état cardiaque, il a fallu supprimer les hormones ; résultat = plus de désir, à l'exception du désir de vivre. **G2-14. Etape 2 :** Les injections d'hormones³⁹ me donnaient des appétits absolument lubriques pendant deux ou trois jours. **G2-18. Etape 2 :** mon clito a énormément grossi, cf. Androtardil⁴⁰ [...] » et **annexe J :** « **G2-18 :** L'Androtardyl m'a ouvert un gros appétit sexuel. »

De même, les délinquants sexuels sont traités avec des anti androgènes (castrateur chimique) pour faire baisser leur libido. Certains s'en trouvent mieux d'autres non⁴¹.

Sur le questionnaire non intégré dans les données, la personne a répondu "oui" à la

³⁷⁾ Le traitement était dosé plus fort.

³⁸⁾ Elle prend un castrateur chimique anti-hormones mâles ou androgènes, (généralement Androcur), qui fait chuter la production de testostérone. En conséquence, les érections diminuent, voire disparaissent totalement pour le plus grand bonheur des SBF.

³⁹⁾ Oestrogènes et progestérone associées à un anti-hormones mâles prescrits aux SBF pendant l'étape 2.

⁴⁰⁾ Hormone mâle : testostérone retard en injection intra musculaire donnée aux SBM.

⁴¹⁾ Communication personnelle.

question "avez-vous un handicap qui limite votre sexualité", et elle a noté à côté : « J'ai toujours eu deux sexualités. Une normale, (marié 2 fois, quatre enfants), traditionnelle et sociale. Et une qui s'est traduit par une culpabilisation forte due à mon éducation mais qui correspond profondément à ce que je suis. D'abord fétichiste lingerie depuis le plus jeune âge ; qui s'est traduit en transvestisme fétichiste avec l'adolescence qui dure et durera toujours avec pour conséquence des déviations sexuelles : zoophilie, homosexualité, masochisme, pour les plus marquantes.

Phase 1 : Mon but n'est pas de devenir femme mais de vivre la sensibilité féminine que j'ai en moi sans remettre en cause ma vie familiale et professionnelle, [devenir femme] ce qui me rejeterait dans un ghetto et la solitude.

Ce qui est important c'est de faire savoir à la société que la sexualité ne comporte pas seulement de l'hétéro et homosexualité mais aussi de la transsexualité, que nous désirons pouvoir vivre celle-ci, (au niveau de la transformation qui convient à chacun d'entre nous), comme des personnes socialement intégrées à part entière bien dans leur tête et dans leur peau. La transsexualité existe, à nous de le faire savoir pour permettre à tous ceux et celles qui le veulent de nous rejoindre.

Phase 2 : Androcur et Ostroginon m'ont permis d'être en phase avec la féminité qui est en moi. Etre acceptée par mon milieu professionnel et familial me suffit largement. Je ne cherche pas de partenaire, ma femme m'acceptant comme je suis, (bien que comme elle me le rappelle ce n'était pas compris dans le contrat), et si nous n'avons plus de vie sexuelle, nous avons conservé une vie affective d'une qualité excellente. » Juste au dessus la personne précise qu'elle est « débarrassée d'une libido culpabilisante ».

On constate que l'éducation joue un grand rôle dans la culpabilisation des personnes. En ne leur permettant pas d'avoir une sexualité épanouie, elles en arrivent à des sexualités perverses (au sens freudien), inadaptées, voire déviantes. Cela confirme ce que dit REICH. De même, la confusion règne jusque que dans l'esprit des personnes, qu'elles fréquentent ou non le milieu associatif. La "transsexualité" n'est pas une sexualité, ni une attirance affective et sexuelle, c'est plutôt un état, un stade, une transition, même si certaines personnes restent dans cet état de nombreuses années, voire le reste de leur vie. Cette personne n'est pas suivie par une équipe médicale car elle ne souhaite pas devenir femme.

Les rêveries érotiques ou fantasmes

Il ne s'agit pas de rêves car les rêveries ou fantasmes surviennent en état de veille. Elles peuvent avoir un contenu sexuel ou non. Les SB ont plus de rêveries érotiques ou fantasmes que les non-SB. Seulement quatre sur vingt-deux non-SB en ont tandis que vingt sur vingt-cinq SB y ont recours aux 3 phases.

Les SB se considèrent comme une personne de leur sexe psychologique et leur partenaire correspond à leur attirance affective et sexuelle du moment. Il y a une SBF plus âgée qui avait un fantasme d'un homme qui se transformait en femme, (questionnaire G2-10). Dans leurs scénarios érotiques, les personnes des 2 groupes se voient toutes selon leur sexe psychologique, sauf G2-25 qui est inversé aux 3 phases et G1-22 qui est "les 2" (femme et homme alternativement), idem pour G2-9, 10 et 14 à la phase 1. Le questionnaire G2-25, qui regrette, sera abordé spécifiquement en détail dans la partie diagnostic.

Plusieurs personnes SBF changent d'attirance affective et sexuelle au cours de leur parcours. De même, certaines personnes se voient différemment dans leurs rêveries érotiques (G2-6, 9, 14). Pour d'autres, c'est le partenaire qui change dans leurs rêveries érotiques (G2-4, 6). Un SBF commence à avoir des rêveries érotiques à la troisième phase (G2-13), alors que d'autres Des personnes SB commencent à avoir des rêveries érotiques à la phase 2 ou 3, (G2-5, 10, 13). Les évolutions se voient sur les tableaux 1 et 2, pages 64-65.

Robert J. STOLLER (1985), p. 225, expose un cas et parle de ses scénarios érotiques de la même façon que les SB de cette étude. « Dès qu'elle commença à se masturber, à l'adolescence, dans ses rêveries, elle était une femme à qui un homme faisait l'amour. En imagination, elle traduisait les sensations sexuelles dans son pénis en des sensations qu'elle imaginait être ressenties au niveau du vagin, mais toutes ses tentatives pour traduire l'orgasme en un orgasme féminin étaient un tel échec que très tôt, à l'adolescence, elle souhaitait déjà ne pas avoir de pénis. Elle avait horreur de la masturbation et dit ne s'y être livrée qu'une fois par an ou moins, non pas en raison d'une culpabilité consciente, mais parce que c'était la preuve concrète de son état de mâle sur le plan anatomique. »

Anna, entretien n° 1 : « Chez la femme par rapport à l'homme au niveau du rapport physique c'est à dire que la femme n'a pas besoin de... Pourquoi il y a des sex-shops, pourquoi y a des bordels, pourquoi y a tout ça ? C'est parce que c'est les hommes qui en ont besoin, c'est pas les femmes. Les femmes n'ont pas besoin, elles ont tout dans leur tête. Une femme a dans sa tête, une fois qu'elle a envie de prendre du plaisir avec un homme, elle le met, elle se met son fantasme dans la tête, elle choisit dans son petit tiroir là. Elle a plein de petits tiroirs dans la tête, elle sort un petit tiroir, «tiens, je vais me faire celui là ce soir...» et hop ! Et ça marche ! Et ça marche ! Et c'est ça qui est bien. Alors ça c'est des choses que j'ai, que j'ai découvertes depuis, tout doucement, depuis ma première opération. [...] J'avais une amie qui aimait beaucoup son mari, mais si elle voulait avoir un orgasme extraordinaire, il fallait qu'elle pense à Terrence HILL. Elle faisait l'amour "avec Terrence HILL", et avec moi aussi. Elle me disait «quand je suis avec [prénom du mari], je pense à Terrence HILL et c'est l'explosion». C'est amusant, non ?! Mais attention ! Elle imagine, Terrence HILL avec le

chapeau... Comme dans les films de cow-boys. [...] quand il y avait pénétration, la pénétration il fallait qu'elle soit totale de façon à ce que j'imagine que son corps était le mien et que le mien était le sien, ce qui à ce moment là pouvait créer une éjaculation. »

Axelle, entretien n° 3 : « les rares fois, et vraiment tout ça est très, très rare chez moi, les rares fois où je peux flasher chez un mec, je me fais un tel film romantique et sentimental que, vraiment, tout ce qui est sexuel, pour moi, ce n'est vraiment pas prévu. Je me suis dit, «bon, quand même, ce n'est pas normal» parce que j'entends des centaines de gens qui sont fascinés par ça, qui ont le feu au cul ou ailleurs, et bon «est-ce que c'est moi, qu'est-ce qu'il se passe.» Alors je me suis dit, «je vais vérifier des cassettes pornos» mais je suis tellement naïve, sentimentale et romantique que alors le porno, c'est impossible... »

Evrard, entretien n° 4 : « Mais des rêveries, oui, bien sûr. J'en avais avant le traitement hormonal, j'en ai toujours. [...] »

Les questionnaires, annexe I : « **G2-6.** Ma jouissance ne fonctionnait que si j'imaginai avoir un vagin et elle un sexe d'homme. »

Il ressort du questionnaire SB n° 25 qu'à chaque phase, dans ses scénarios érotiques le sujet était une femme et son partenaire un homme, alors que chez tous les autres SBM c'est l'inverse. Les scénarios érotiques sont peut-être à explorer en ce qui concerne la représentation que le sujet se fait de lui-même. Cela pourrait être une aide complémentaire à l'autodiagnostic.

7.2. VALIDITE DU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

A propos du diagnostic, Russel w. REID, psychiatre anglais, (1995), écrit p. 34, « En médecine et psychologie il n'existe pas de méthode permettant une évaluation fiable du "transsexualisme. »

Yoann, entretien n° 2 : « On reste de toute façon fragile parce qu'on nous a poussés à bout, et que le comble de tout ça c'est que ce sont des thérapeutes qui vous font ça. Ils vous fragilisent parce que tout individu est susceptible d'être fragilisé quand il est déstabilisé. Nous, on est déstabilisé sur plusieurs années. La génération d'aujourd'hui l'est moins. Pour notre génération, on portait atteinte à notre intégrité encore plus qu'elle n'était déjà atteinte au départ. Il faut savoir qu'on en garde des séquelles [...] Il n'y en a pas une pour relever l'autre [*les équipes médicales*]. Je pense qu'ils ne se rendent pas compte de l'état de fragilité dans laquelle on est lorsqu'on est un esprit et pas un corps, voilà. Lorsqu'on est devant eux, on est un esprit masculin, ou un esprit féminin, et on n'est pas encore un corps. Au moment où on a fait la transformation, on devient un corps et un esprit. Et, ça devient tout autre chose, on a un poids qu'on n'avait pas avant. Et ces gens-là, "ils nous frappent dessus", parfois par leur indifférence, par le fait de nous faire attendre longtemps, de ne pas nous

considérer, de passer leur temps à nous poser des questions qui nous détruisent de l'intérieur, c'est une forme d'acharnement. Et puis, je trouve qu'être médecin, être docteur en médecine, quelle que soit la spécialité, c'est d'abord soulager le patient. Et eux, ils ne sont pas vraiment pressés de nous soulager — je ne parle pas du soulagement correspondant à l'opération — du moins un soulagement psychique qui ne nous confine pas dans le doute sur plusieurs années. C'est inhumain, et cela peut être une source de problèmes supplémentaires sur le plan psychologique. Paradoxalement, cela peut, peut-être, nous fortifier pour les plus tenaces d'entre nous, mais ressemble un peu à la loi de la jungle. Alors, les plus forts s'en sortent et les plus faibles restent sur le côté, c'est du moins ce que j'ai vécu à l'époque... Alors, ce sont surtout les "costauds du cerveau" qui résistaient. C'est un peu comme s'ils avaient gagné le parcours du combattant, un peu comme si c'était des paras qui y arrivaient dans l'équipe de Breton. Et puis, les plus vulnérables se "cassaient la binette" avant et ils étaient obligés d'aller à l'étranger, avec des difficultés ensuite pour les changements d'état-civil. Ce n'était pas normal. Moi, j'ai essayé d'être le plus réglo possible. Je n'avais qu'une envie, c'était en finir avec tout ça. »

Axelle, entretien n° 3 : « Je ne ressens pas d'être quelqu'un d'autre qu'une femme. Me dire que je dois être quelqu'un d'autre que moi, et c'est ce que j'ai essayé de faire pendant une certaine partie de ma vie, sur les conseils de la première doctoresse que j'ai vue où elle m'avait dit «vous vous coupez les cheveux, vous vous coupez les ongles, vous vous mettez des cravates, on va voir où vous en êtes.» Et là, j'ai eu l'impression d'être déguisée, ce n'est pas moi du tout, c'est clair. [...] A part me dire que je ne suis pas normale... Je trouve que ce n'est pas suffisant, quand même. Tu vois, j'ai aimé le résumé, par exemple, de Cordier qui me dit «combien vous mesurez ?», je lui dis «1,72 m», et tout de suite «vous chaussez du combien ?», je lui dis «je chausse du 37,5», et il me dit «c'est pas normal.» Alors ça c'est un peu épuisant. La psy en Belgique, c'était «qu'est-ce que vous avez fait avec votre voix ?» «Rien.» «Qu'est-ce que vous avez fait avec votre barbe ?» J'ai dit «j'ai fait un peu d'épilation électrique.» «Vous n'avez pas de pomme d'Adam.» «Ben, non.» Alors elle me dit «vous avez les hanches larges.» Ben oui, et je lui dis «qu'est-ce que vous voulez que j'y fasse !» Alors après quand on me dit «on va encore réfléchir», pendant combien d'années ? Parce que moi, j'ai voulu faire ça comme un combat personnel justement en évitant l'erreur d'un jugé extérieur, je vais dire, il y a quand même des millions de gens qui me considèrent comme une femme, qui me reçoivent comme telle. Et moi, ça fait un moment que j'ai analysé la question, donc, on va encore se poser la question pendant combien de temps à ma place ? Quand Cordier me dit «on va se voir de manière soutenue» et j'ai un rendez-vous tous les six mois. Nous n'avons pas la même vision du soutenu, et là, je ne comprends pas. [...] c'est un truc de fou, parce que tu vas en Allemagne, les bonnes femmes chaussent du 45. Ça dépend des pays, c'est complètement grotesque cette histoire. On se croirait chez les médecins nazis. C'est un peu grave. En même temps, je dis toujours que je suis en

accord avec moi-même, et je pense l'être, mais il y a toujours cette phase de fragilité où tu te dis «merde, et si c'était l'autre qui avait raison en me prouvant le contraire de ce que je pense depuis des années.» [...] je me dis «qu'il faudrait vraiment qu'il s'accroche parce que, bon.» Alors quand je l'entends dire aussi «il faut que je téléphone à votre mère.» Mais, ma pauvre mère qui à 76 ans, il veut lui demander ce qu'elle a ressenti pendant ma grossesse, non, mais c'est ridicule cette histoire. Je ne suis pas éléphant man ! Et puis, cela changerait quoi, surtout. Je sais que les rares conversations qu'on a pu avoir avec ma mère, là-dessus, effectivement, c'était plus ou moins une fille qui était attendue, mais est-ce que c'est suffisant ? »

Si tous les parents qui souhaitaient un enfant de l'autre sexe avaient des enfants transsexuels, ça se saurait !

7.2.1. Le questionnaire SBM G2-25

Le SBM du questionnaire 25 a suivi un traitement hormonal, une mastectomie et une hystérectomie. Le diagnostic a été fait sérieusement (avec leurs critères) par une équipe médicale française. Le traitement hormonal ne lui apportant pas le soulagement escompté, il a entamé une psychanalyse. Actuellement il regrette ce parcours.

1. *Etes-vous satisfait(e) de votre sexualité ? Décrivez en quoi vous êtes satisfait(e) ou insatisfait(e) :*

« Non, j'ai cru aimer les femmes, je m'aperçois que ce n'est pas le cas. Les opérations de so-disant changement de sexe ne changent qu'une chose => s'apercevoir que c'est une erreur !

2. *Qu'est-ce que vous aimez le plus dans la sexualité ? Décrivez :*

Je ne sais pas, car ma sexualité, que je le veuille ou non, est celle d'une femme, avec vagin etc. J'aimerais avoir des rapports sexuels avec un homme !

3. *Qu'est-ce que vous aimez le moins dans la sexualité ? Décrivez :*

Sans réponse.

4. *La féminité, c'est quoi pour vous ? Décrivez :*

Ce que j'ai toujours refusé, c'est-à-dire moi-même. Refuser mon sexe car c'est de ça qu'il s'agit. Les raisons tiennent à ma compréhension des rapports père/mère. Pour moi le pénis était perçu comme dangereux.

5. *La masculinité, c'est quoi pour vous ? Décrivez :*

Une mascarade, c'est le vêtement qui permet de masquer la volonté que j'avais de ne pas supporter d'être une fille. Il y a une différence entre ne pas vouloir être une fille et être un garçon.

6. *Etre une femme, c'est quoi pour vous ? Décrivez.*

C'est accepter la sexualité d'une femme. Le reste est affaire de culture. Comme dit Françoise

Dolto, la femme est pour l'homme et inversement. Avec un peu de sincérité, tout le monde peut au moins le pressentir. Je me moque de l'homosexualité, je ne juge pas, je dis que c'est un mode de sexualité frustrant.

7. *Etre un homme, c'est quoi pour vous ? Décrivez :*

Même chose. Accepter sa sexualité d'homme.

8. *Comment vous sentez-vous à la fin de ce questionnaire ?*

Désolé de m'apercevoir qu'il sert des résistances et qu'il ne peut rendre compte d'aucune réalité. En ce qui me concerne, la psychanalyse m'a rendu à moi-même. Je ne peux concevoir qu'un travail scientifique s'attache à la faire taire. »

Il est dommage que cette psychanalyse n'ai pas pu être faite plus tôt afin d'éviter cette situation. Mais l'attitude des psys en est responsable puisqu'à l'époque de sa démarche de changement de sexe, les psys ne proposaient que des thérapies coercitives au lieu d'une aide à l'autodiagnostic. Si la théorie psychanalytique est insuffisante pour expliquer le syndrome de Benjamin, elle peut aider certaines personnes à qui elle convient dans une aide à l'autodiagnostic dès lors que le thérapeute ne se limite pas à la théorie et qu'il garde une souplesse et une liberté de mouvement et de fonctionnement vis à vis de cette dernière.

A travers sa réponse à la question 8, cette personne laisse entendre que sa vérité est celle de tous les autres SB. Elle ne peut voir qu'il existe des mondes et qu'il existe plusieurs visions d'un même monde. D'autres personnes SB ont suivi des psychanalyses, des psychothérapies sans pour autant arriver à la même conclusion. Chaque personne est différente chacune a son propre cheminement.

Ce questionnaire et le fait que le diagnostic repose en partie sur des constructions sociales, me permet de dire que le mode de diagnostic est inadapté. Cela confirme également que l'attitude des psys empêche tout travail de compréhension. Le travail psychologique doit accompagner et non s'opposer au parcours.

Enfin, je ne peux résister à citer un exemple aberrant rapporté par CHILAND (1997), p. 139 : « Ainsi, Victor a subi une mastectomie à l'étranger et y a obtenu son changement d'état civil. Mais après la mastectomie, il est entré en psychose. En FRANCE, il s'est marié, mais doit suivre un traitement neuroleptique, ce qu'il fait avec irrégularité ; il est alors repris d'épisodes délirants. La première fois où je fais connaissance de sa femme, je suis surprise de voir arriver une très jolie femme, dont on se demande comment elle a pu épouser cet homme qui n'a l'air ni d'un homme, ni d'une femme, est obèse et n'a aucun charme. A un moment, elle parle des périodes difficiles avec son mari et dit : "Mon mari est

particulièrement difficile quand il a ses règles⁴².” En effet Victor n'a eu ni ovariectomie, ni hystérectomie... »

Il n'a pas non plus le traitement hormonal qui lui éviterait les règles et lui donnerait un aspect viril et qui, peut-être, le stabiliserait. Et pourquoi une très jolie femme ne trouverait pas de charme à Victor ? Pourquoi ne pourrait-elle pas l'aimer ?... Quelle proposition de soins CHILAND a-t-elle faite à Victor ? Elle n'en dit rien. Il ne s'agit pas de psychologiser, ni de psychiatriser le syndrome de Benjamin.

7.2. LE PARCOURS MEDICAL COMME MODE DE FABRICATION

Le résultat : être soi, pouvoir être soi.

Anna, entretien n° 1, annexe D : « L'essentiel c'est d'être bien, bien avec soi-même, si on est bien avec soi-même je pense qu'à la limite on peut bien faire l'amour. [...] Plus ça va, plus je pense que si on est bien avec soi, à tout point de vue, que ce soit sexuellement, en société, affectivement, dans tous les domaines, si on est bien dans tous ces domaines là avec soi, tu peux avoir une vie vraiment bien, sereine, cool, et tout peut très bien se passer. »

Yoann, entretien n° 2, annexe E : « Et eux, ils ne sont pas vraiment pressés de nous soulager — je ne parle pas du soulagement correspondant à l'opération — du moins un soulagement psychique qui ne nous confine pas dans le doute sur plusieurs années. C'est inhumain, et cela peut être une source de problèmes supplémentaires sur le plan psychologique. Paradoxalement, cela peut, peut-être, nous fortifier pour les plus tenaces d'entre nous, mais ressemble un peu à la loi de la jungle. Alors, les plus forts s'en sortent et les plus faibles restent sur le côté, c'est du moins ce que j'ai vécu à l'époque... Alors, ce sont surtout les “costauds du cerveau” qui résistaient. C'est un peu comme s'ils avaient gagné le parcours du combattant, un peu comme si c'était des paras qui y arrivaient dans l'équipe de Breton. Et puis, les plus vulnérables se “cassaient la binette” avant et ils étaient obligés d'aller à l'étranger, avec des difficultés ensuite pour les changements d'état-civil.

[...] une fois que le questionnaire a été terminé, que je l'ai envoyé, forcément à force de s'être plongé dans tout ça, je me suis reposé quelques petites questions puis je me suis dit «tiens, si je me replongeais dans les vidéos parlant du sujet», (j'avais enregistré certaines émissions télévisées). Ce qui m'intéressait c'était de voir quel regard j'avais aujourd'hui, de constater que j'avais pris une très très grande distance au point d'oublier ce que cela me faisait de voir ces sujets traités comme ils étaient traités à l'époque. Je me suis dit quand même qu'on avait un parcours extrêmement traumatisant, qui pouvait déstabiliser le psychisme et qu'il fallait qu'on soit des individus certainement beaucoup plus équilibrés que la moyenne, (contrairement à ce qu'on voudrait nous faire croire !), pour encaisser un tel parcours. Cela

⁴² On le serait à moins ! Je ne connais aucun nouvel homme qui supporterait cela.

est vrai surtout pour les gens de notre génération, (nés dans les années soixante), qui ont connu l'équipe parisienne unique, pour ne pas la citer, celle du Pr BRETON. On s'est armé de patience, et il fallait vraiment ne pas avoir "les nerfs fragiles" pour passer dans les "mailles du filet". Je trouve que cela illustre bien qu'on est quand même plus équilibré que la moyenne et qu'après il y a certainement une recherche inconsciente de paix. On essaie de pas trop se heurter à des difficultés inutiles pour conserver sa stabilité. C'est l'impression que j'ai eu avec le recul ; en général, je ne cherche pas à rencontrer des situations qui me déstabilisent. Je trouve que j'en ai eu assez comme ça et finalement la paix apportée par mes interventions suffit à mon bonheur et le reste c'est de l'extra. Je ne recherche, ni quelque chose qui me déstabilise, ni quelque chose qui rendrait ma vie plus plus plus... Voilà, je suis satisfait. [...]

Autrement, ce que je recherche c'est la quiétude, il n'y a que ça qui m'intéresse et puis je cherche surtout à ne pas me mettre en avant. J'ai une estime de moi correcte, ni plus, ni moins. Je pense qu'on a quand même une transformation vis-à-vis de l'identité. Mais, ce n'est pas aussi simpliste que ça, ce n'est pas masculin ou féminin sauf peut-être pour des gens qui ne sont pas tellement aidés au niveau de l'intelligence, ou plutôt qui n'ont pas la capacité d'analyse de certains. Moi, je n'ai pas l'impression que je suis devenu ceci ou cela, j'ai l'impression d'être moi. Et c'est ça qui importe plus. Qu'aux yeux de tous, je sois devenu un être de sexe masculin ou ceci ou cela c'est secondaire parce que ça dépend sur quel plan on se place... C'est quoi quelqu'un qui est du sexe masculin... Si c'est avoir un sexe conforme à ce qu'ont tous les hommes de naissance, nous ne sommes pas des êtres de sexe masculin. En revanche, s'il s'agit d'avoir une identité sexuelle complète qui induit entre autre le psychique, alors je suis d'essence masculine. En somme dans l'identité sexuelle masculine, il n'y a pas que le fait d'avoir une verge et des testicules : il y a le comportement, il y a le psychisme, il y a l'essence qu'on dégage. Enfin tout un tas de choses... Je n'ai pas les mots exacts mais pour moi un être du sexe masculin c'est tout un ensemble. Ce qui m'intéresse c'est être moi et avant, je ne me sentais pas moi. Et, c'est ce corps qui se mettait en opposition avec moi, enfin ça me troublait, ça me perturbait, ça n'était pas à sa place, voilà. Et à partir du moment où on m'a, disons, conformé à une autre image, là j'ai pu me supporter psychologiquement mais je n'ai aucune idée du mécanisme qui rend insupportable le corps que j'avais à la naissance. Par humilité, je trouve que c'est un peu trop facile de dire des mots tout crus comme masculin, féminin et "gnagna", ça arrange tout le monde mais ça ne résout pas grand chose. Il y a un état de guerre quand on vit avec un corps qu'on ne sent pas, qu'on ne vit pas et on est en état de paix quand on est avec le corps transformé. J'ai un corps qui me semble être le mien, qu'il me semblait devoir avoir à la naissance normalement et qui en tout cas m'apporte la paix. Le reste, c'était invivable. [...]

Actuellement, je n'ai plus de relation stable. Je n'ai pas revécu avec une femme parce que ça ne s'est pas présenté, et puis que je n'ai pas envie de correspondre à un schéma conforme à

tout prix... Je n'ai pas envie d'avoir une femme, des enfants, une maison, et un chien. J'ai envie d'avoir une relation harmonieuse avec quelqu'un qui m'accepte dans mon "entier". Je suis peut-être plus exigeant parce que je sais ce que c'est que d'être soi. J'ai envie de rester moi, je l'ai payé assez cher de devenir moi, parce qu'on ne devient pas que soi avec un corps. Le SBM ou la SBF, en tout cas, je parle pour moi... Je suis devenu une personne qui se vit bien avec son corps mais surtout avec son esprit. Je me vit bien avec ma personnalité et ça, je l'ai gagné chèrement. Il n'est plus question pour moi de me conformer à un modèle quelconque. Ce que je souhaite, c'est rencontrer quelqu'un qui s'assume et qui se vit aussi bien que moi je me vis bien pour pouvoir cheminer avec cette personne, et non pas «tiens, je te prête ma béquille, tu me prêtes la tienne», ou «je te bouche un trou et tu me bouches un trou». Il en est hors de question. Je veux cheminer avec quelqu'un qui est bien avec lui-même et qui sait ce qu'il est, qui n'a pas besoin de combler des manques et cetera. Je ne recherche vraiment pas la facilité comme on pourrait le croire, mais en tout cas je sais ce que je ne veux pas. Par exemple, des gens qui présentent des difficultés susceptibles de me déstabiliser parce que je pense que quand on a eu une aventure comme la nôtre, on est très fragilisé. [...]

Les cicatrices, c'est juste une question de maturité. Quand on devient un homme, un adulte, on ne passe pas son temps à se formaliser sur ce type de détail et il faut apprendre à soigner son égo. Moi, cela m'a amené à soigner mon égo. D'ailleurs grâce à cette aventure, j'ai eu l'impression de me décentrer un peu de moi et de devenir de plus en plus détaché des petites choses insignifiantes, sinon on tourne en rond et ce n'est vraiment pas intéressant. On a des cicatrices parce qu'on a eu un parcours X. On peut avoir une cicatrice à la jambe parce qu'on a eu un accident de moto et on peut avoir une cicatrice à la jambe parce qu'on a eu un parcours de SB, voilà. Et puis il faut prendre les choses telles qu'elles sont, pas autrement. Si une femme doit être séduite, c'est par ce que vous êtes. C'est beaucoup plus difficile... Et c'est là qu'on se rend compte que beaucoup de gens... Qu'il y a un malentendu dans certaines rencontres. Les gens se fient trop aux apparences et rares sont ceux qui accordent de la valeur à ce que vous êtes vraiment. Sur quoi sont réellement basées les relations, telle est la question ? Parce que moi avant, j'avais quand même un certain succès mais j'ai changé, j'ai grossi, je suis très poilu, je suis petit, Est-ce que je correspond encore aux critères de beauté ? Certainement pas. Je ne sais pas si j'ai vraiment envie de rencontrer quelqu'un. Peut-être bien que je suis très amoureux de la paix que j'ai gagnée grâce à ce parcours réussi. Je n'ai peut-être pas envie que cette paix soit rompue par des problèmes annexes. J'attends quelqu'un qui m'apporte une paix encore plus grande [...]

J'avais lu, quand j'avais 17 ans, un rapport de je ne sais pas trop qui et on s'en fout, qui disait que la sexualité intéressait très peu les "vrais" SB. Alors, les "vrais" on va le mettre entre guillemets parce que de quel droit peut-on se dire c'est un vrai ou c'est un faux SBM ou SBF. Mais par contre, il y a une chose qui est sûre, c'est que moi je l'ai vraiment vécu ce

truc, c'est à dire qu'une fois que j'ai obtenu mes interventions et mon changement d'état-civil j'étais vraiment moins intéressé par la sexualité. J'étais tellement bien que je n'avais pas besoin d'aller faire du "tralala" à gauche, à droite. C'est certainement que j'avais un équilibre psychique qui devait être pas trop mal quand même, et là ce n'est pas de la prétention de ma part, c'est vraiment une analyse que j'ai eue. Ce n'est pas possible autrement, si on est bien dans sa peau et si on a un psychisme équilibré, quel besoin d'aller combler encore avec autre chose, c'est de la surenchère ! Je veux, je veux, je veux, encore, encore, encore... Quand on a eu un tel parcours, on se contente de ce que l'on a et on mesure si vraiment l'envie était si forte, je veux dire l'envie et le désir d'être en harmonie avec son corps étaient si forts. Une fois qu'on a obtenu cela, **il est difficile de trouver quelque chose qui nous apporte plus de quiétude**. En tout cas, moi, c'est comme ça que je l'ai vécu et dès que j'ai eu cette quiétude qui est venue dans ma vie, **j'ai été comblé**. Et le reste... Ce sera la cerise sur le gâteau comme on dit. Mais, je n'attends rien et je n'exige rien, alors qu'il y a des tas de gens apparemment qui veulent, la femme, l'homme ou le mariage et les gosses et vas y que je t'adopte et que ceci et que cela... Personne ne va venir vérifier si on est conforme aux schémas de la société et à l'image qu'on se fait d'un homme bien intégré. Moi, quand on me dit «vous êtes célibataire», je dis «oui, je suis célibataire», et puis voilà, ça plaît ou ça ne plaît pas, c'est comme ça. Je n'ai pas à me conformer à un modèle social sous prétexte que... »

Axelle, entretien n° 3, annexe F : « Alors après quand on me dit «on va encore réfléchir», pendant combien d'années ? Parce que moi, j'ai voulu faire ça comme un combat personnel justement en évitant l'erreur d'un jugé extérieur, je vais dire, il y a quand même des millions de gens qui me considèrent comme une femme, qui me reçoivent comme telle. Et moi, ça fait un moment que j'ai analysé la question, donc, on va encore se poser la question pendant combien de temps à ma place ? Quand Cordier me dit «on va se voir de manière soutenue» et j'ai un rendez-vous tous les six mois. Nous n'avons pas la même vision du soutenu, et là, je ne comprends pas. »

7.3. NOUVELLE VISION DE LA PROBLEMATIQUE

Après ce constat, une redéfinition des termes me semble nécessaire.

Le SEXE PSYCHOLOGIQUE, c'est à dire le sentiment d'être fille/femme ou d'être garçon/homme, se structure de façon stable très tôt dans l'enfance chez la très grande majorité des individus. Aucune psychothérapie, psychanalyse, aucun traitement ne peut changer un sexe psychologique stable. Ces techniques peuvent être utiles pour des problématiques qui pourraient s'apparenter au "transsexualisme" mais qui ne résistent pas à une étude clinique sérieuse : instabilité, impermanence du

sexe psychologique, (la personne ne sait pas de façon stable et continue si elle est un homme ou une femme).

L'IDENTITE SEXUEE est la féminité ou/et la masculinité présente de façon plus ou moins variable et plus ou moins importante chez une personne. Cette féminité ou/et cette masculinité fluctue. En général la femme est plus féminine que masculine et l'homme plus masculin que féminin. Mais une personne peut être une femme masculine sans pour autant douter d'être une femme, de même, une autre personne peut être un homme féminin qui ne doute pas d'être un homme.

Le "transsexuel" est conscient de son sexe de naissance et il ne le nie pas. Il sait qu'il fait partie d'une catégorie sexuelle (femme ou homme). En ce sens, il n'est pas délirant, puisque conscient de la réalité physique (principe de réalité). On peut même dire qu'il reconnaît la différence des sexes et que cette partie Oedipienne lui est acquise. Par contre il ne se sent pas psychologiquement de ce sexe, et c'est là son problème. Son sexe psychologique ne correspond pas à son sexe anatomique. Il lui est impossible d'expliquer pourquoi. A partir du moment où il constate la nature de son sexe anatomique, il prend conscience de la dichotomie entre son sexe corporel et son sexe psychologique, ils sont de deux sexes différents, l'un femme, l'autre homme, (ou l'inverse). Chez certains sujets, la prise de conscience de la réalité de leur sexe anatomique n'intervient qu'à la puberté. La mise en route des caractères sexuels secondaires les obligent à voir la réalité. Ces phénomènes se rencontrent aussi chez des non-SB qui ne savent pas clairement s'ils sont femme ou homme ou se découvrent femme alors qu'ils se croyaient homme ou l'inverse. Dans ce cas, les choses ne sont pas structurées et peuvent se réaménager.

A propos du principe de plaisir, on ne peut pas dire que dans le syndrome de Benjamin ce principe de plaisir est plus important que le principe de réalité. En effet, être "transsexuel" engendre une telle souffrance psychologique que cette hypothèse ne tient pas. Le parcours "transsexuel" ne vise qu'à soulager cette souffrance en permettant aux personnes concernées de retrouver leur unicité psychisme-corps pour leur permettre d'être tout simplement.

L'ATTIRANCE AFFECTIVE ET SEXUELLE correspond à l'hétérosexualité, l'homosexualité et la bisexualité. L'attirance affective et sexuelle peut varier au cours de la vie, c'est ce que montre l'étude sur la *sexualité des "transsexuels"*.

Les composantes du sexe psychologique, de l'identité sexuée et de l'attirance affective et sexuelle sont sensées se structurer dans cet ordre, mais comme elles sont indépendantes les unes des autres, cet ordre n'est pas toujours respecté. Les personnes dont le sexe psychologique n'est pas stable peuvent avoir une attirance affective et sexuelle et vivre des relations avec une ou plusieurs personnes.

7.5. PSYCHOTHERAPIE ET AIDE A L'AUTODIAGNOSTIC

A propos de la psychothérapie, Russel W. REID, (1995), écrit p. 32, « La psychothérapie avec des patients dysphoriques sexuels⁴³ est une tâche difficile. Certains s'attendent à la disparition de leurs problèmes après CRS⁴⁴. Certains tendent à se méfier du thérapeute, craignant, parfois avec raison, qu'ils ne refusent la CRS. Ils ne sont généralement pas très motivés pour engager une psychothérapie. Les thérapeutes, d'autre part, sont confrontés à leurs propres normes et valeurs, éprouvent des difficultés face à la frustration et à l'agressivité, ou se sentent troublés par l'apparence ambivalente de leurs patients.

Nombreux psychothérapeutes ont cependant essayé de traiter les transsexuels. Ils avaient pour dessein l'abandon total des comportements sexuels croisés et l'(r)établissement d'une identité sexuelle correspondant aux caractères sexuels biologiques.

Malheureusement, la psychothérapie n'est pas apparue la plus efficace dans le traitement du transsexualisme. Les rapports cliniques n'ont pas apporté de preuve plus convaincante en faveur d'un revirement total, durable, de l'identité sexuelle croisée grâce à la psychothérapie (Cohen-Kettenis et Kuiper, 1985⁴⁵). Des études à grande échelle présentant des résultats des différentes modalités psychothérapeutiques font défaut. »

Comme on peut le voir, il ne suffit pas de faire une psychothérapie ou une psychanalyse pour qu'une personne ne soit plus "transsexuelle". A ma connaissance, aucun cas de psychothérapie ou de psychanalyse réussie⁴⁶ sur un "transsexuelle" avéré n'a été publié en France⁴⁷.

Il arrive que chez certains individus le sexe psychologique ne se stabilise pas. Ils présentent une instabilité, une impermanence du sexe psychologique, ils fluctuent entre l'homme et la femme, ils ne savent pas de façon stable et continue si ils sont homme ou femme. Ils n'ont que leur sexe anatomique comme repère. Le bouleversement des rôles sociaux basés sur les sexes ne risque t-il pas de les fragiliser un peu plus ? Ou au contraire, une pression sociale plus faible à devoir se définir comme femme ou homme ou une société ayant une exigence moindre sur les rôles sociaux, serait-elle plus facile à vivre ? Ce sera probablement un motif de consultation plus fréquent dans les années à venir. D'autres présentent des délires à thématiques

⁴³) Malaise concernant le sexe psychologique.

⁴⁴) Chirurgie de redétermination ou réassignation sexuelle.

⁴⁵) On trouve en bibliographie : Cohen-Kettenis P.T., Kuiper A.J. & van der Reyt F., (1985), Transsexuality in the Netherlands. Some medical and legal aspects. *Medicine and Law*, 4, 373-378 ; Cohen-Kettenis P.T. & Kuiper A.J., (1984), Transseksualiteit en psychothérapie. *Tijdschrift voor psychothérapie*, 3, 153-166.

⁴⁶) Le patient ne se dit plus "transsexuel" et renonce définitivement au changement de sexe.

⁴⁷) Le questionnaire n° 25 est un cas authentique, diagnostiqué et pris en charge dans une équipe médicale connue pour être très exigeante envers les patients. Il ne souhaite plus aucun contact.

"transsexuelles" comme c'est le cas du Président SCHREBER⁴⁸. Chez ces individus, la psychothérapie ou la psychanalyse peuvent les aider à stabiliser leur sexe psychologique ou leurs délires.

« Est-ce que c'est un délire ou pas. Cette possibilité de transposition, justement, je l'ai vécue dans les rarissimes fois où j'essayais de me masturber, en fait, en m'imaginant que ce n'était pas mon sexe mais celui de l'autre. Donc, jusqu'à quel point on peut se dédoubler ou se leurrer ? En fait, quand je n'ai plus conscience que c'est moi, ce n'est pas un malaise. Mais il y a quand même une espèce de logique finale qui te dit tiens ! Et alors, «si c'était pas un autre !?» Là, re le drame ! »

Axelle s'interroge sur son possible délire. Critiquer son délire n'est pas l'attitude de quelqu'un qui délire, sauf au sortir d'un épisode délirant. Nous pouvons donc éliminer l'éventualité d'une psychose. Il suffit d'un cas non concordant pour constater qu'on ne peut pas généraliser et dire que tous les SB sont psychotiques. Il est évident que diverses pathologies y compris psychiatriques peuvent cohabiter avec le syndrome de Benjamin. N'importe quelle personne ayant un handicap, un problème médical de longue durée ou chronique... sait cela.

« G2-11. J'ai remonté (du fond) pas mal de choses ces temps-ci en revoyant un psy à l'occasion d'une démarche dans l'espoir d'y amener mon compagnon mais... Mais je continue de le voir pour moi car j'ai découvert que c'est maintenant que j'ai les choses les plus intéressantes à gratter. Et si c'est maintenant que "ça sort", c'est parce que ça ne pouvait pas sortir AVANT. Et c'est sans doute devenu possible parce que "l'autre en face" n'a plus l'obsession de la demande de "changement de sexe" qui effrayait et faisait qu'il ne voyait que ça comme problème auquel il fallait à tout prix trouver une cause pour y remédier.

Bien sûr qu'il doit y avoir une cause (ou plutôt un concours de causes). Mais ON N'Y PEUT RIEN. Ou plutôt les trouver ne changera rien à la "demande" car "tout se joue avant 6 ans" comme disait l'un des leurs (leurres ? Le psy cause et la caravane passe !). »

Par ailleurs, beaucoup de SB m'ont dit avoir tiré des bienfaits d'une psychothérapie suivie après le parcours. Avant, rien n'est possible du fait de l'attitude des psys.

L'aide à l'autodiagnostic est probablement la solution la plus pragmatique. Anita HOKARD, psychologue, (1980), en témoigne dans *La question transsexuelle*, ouvrage collectif sous la direction de Joseph DOUCÉ, (1986).

Anita HOKARD, (1980), page 42-43 : « Afin de limiter au maximum les erreurs de diagnostic, certains Etats soumettent le candidat à une période probatoire. Elle peut varier de un an (Angleterre) à deux ans (Pays-Bas) durant laquelle la personne doit vivre selon les

⁴⁸) Si le Président SCHREBER avait eu un délire de transformation en loup garou, personne ne parlerai de "transsexualisme" à son sujet.

critères de son nouveau rôle sexuel vestimentaires, esthétiques, etc.) tant dans son milieu professionnel que familial. Beaucoup s'éliminent ainsi d'eux-mêmes des listes d'attente. Au C.C.L., cette période probatoire s'étend sur environ 3 années. L'application systématique de la période probatoire vaut, à l'heure actuelle, toutes les psychothérapies imaginables. En outre, elle présente l'avantage de prendre la demande du patient en considération plutôt que de le laisser s'enliser dans un traitement psychologique au long cours, aléatoire, qu'il n'a pas vraiment réclamé le plus souvent et dont la finalité, il le sait, est de l'éloigner de ce qu'il recherche. La méthode anglo-saxonne consiste précisément à l'en rapprocher. Car il n'est pas dit qu'on voit mieux de loin que de près. Cette période probatoire est un des meilleurs garants du diagnostic, le reste étant laissé à la responsabilité du patient, y compris — nous le disons sans cynisme — le droit de se tromper.

Le patient indique son propre diagnostic. C'est le problème de la responsabilité individuelle et du pouvoir médical qui sont ici en jeu. Plus que tout autre chose, la capacité du praticien à accepter ou non la situation où le place le transsexuel en lui désignant la nature de ses troubles, c'est-à-dire en le dépossédant de son pouvoir de décision, repose sur une conception générale de l'homme, du monde et de la médecine. Citons pour exemple le cas de la Suède où la décision d'accorder le changement de sexe dépend non de l'autorité médicale mais du pouvoir juridique saisi par le justiciable. Ce qui d'ailleurs, soulève une autre question : le transsexualisme est-il, en fin de compte, un problème médical ? Il ne le semble pas pour les Suédois. »

DOUCÉ, (1986), p. 137, concernant l'aide à l'autodiagnostic : « — Je suis d'accord pour faire un bout de chemin avec vous, pour être comme un écho vous permettant de parler en toute liberté, un miroir vous révélant ce que vous êtes et qui vous fera voir clair en vous-même.

— Je ne collerai pas d'étiquette sur vous. N'attendez pas de moi un diagnostic précis, non seulement parce que je ne suis pas médecin, mais aussi par conviction. Je pense, en effet, que l'identité et l'orientation sexuelles d'une personne appartiennent à son intimité absolue et que nul autre n'a le droit d'y interférer. Fournissant toutes les informations possibles, je considère que mon consultant est suffisamment responsable pour faire de lui-même la part des choses et savoir ce qui lui convient et s'applique à lui ou non. »

Plus loin, à propos du choix de vie pour soi-même et de la liberté, p. 137 : « Après tout, il s'agit du bonheur de mon consultant et aucunement du mien ! Qui suis-je pour dicter à un autre ce qui me semble bon pour lui ? Moi-même, en aucun cas, je ne tolérerais qu'un autre veuille m'imposer ses vues sur mon style de vie. J'ai trop souffert autrefois de gens qui pensaient pour moi, décrétaient par exemple que l'hétérosexualité était préférable, alors que je sais pertinemment que je suis homosexuel ! »

D'après mon expérience, mon parcours thérapeutique et la clinique du groupe de recherche "trans" au Centre Georges Devereux, je pense que l'on ne peut pas aider les SB en thérapie en "s'attaquant" à leur "transsexualité" ou à leur sexualité. Il est plus logique et plus efficace de prendre la personne comme n'importe quel autre patient. C'est la personne elle-même qui doit aborder la question "transsexuelle". C'est seulement à cette condition que cette question pourra vraiment être gérée et le thérapeute pourra compter sur la personne comme alliée. Il ne s'agit pas d'aller contre le syndrome de Benjamin, mais d'accompagner la personne afin qu'elle puisse avoir une décision éclairée dans un sens ou dans l'autre. En effet, la "transsexualité" peut parfois être un symptôme d'une autre difficulté. La personne doit être et se sentir libre. Sans cela le clinicien renforce les défenses de la personne qui le considérera comme un ennemi qui cherche absolument à la faire changer. C'est un piège dans lequel tombe la très grande majorité des pys. Avec la question "transsexuelle", ils cessent d'être cohérents et d'être des cliniciens. Quand on voit un symptôme chez un patient, on ne se précipite pas dessus pour le lui ôter, surtout quand ce n'est pas un symptôme.

C'est une aide à l'autodiagnostic qui est la plus fonctionnelle. Les SB ont pris l'habitude depuis longtemps de préserver leur sexe psychologique envers et contre tous. Cela entraîne souvent une certaine rigidité qu'il faut tenter d'assouplir et non de renforcer.

8. CONCLUSION

BRETON (1985), p. 102, passe en revue toutes les thérapeutiques traditionnelles qui ont été utilisées et leurs résultats. Elles ont toutes échouées : l'administration d'hormones selon le sexe de naissance pour tenter de viriliser les SBF et de féminiser les SBM, la lobotomie, la cure de Sakel, les électrochocs ou sismothérapie, les médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants). Comme il écrit à cette même page : « mutilation pour mutilation... ».

Le placage de la théorie psychanalytique ou psychiatrique sur des cas ne permet pas de résoudre ni théoriquement, ni concrètement les choses. Cela fournit tout au plus une grille lecture partielle pour comprendre intellectuellement. Il y a d'autres lectures possibles, telles que la biologie, la génétique, la sociologie, l'anthropologie, l'ethnopsychiatrie, qu'il ne faut pas ignorer et qui apportent d'autres éléments de compréhension.

Concernant la "transsexualité", on peut faire une analogie avec le syndrome Gilles De La Tourette qui était considéré comme un problème psychiatrique, (tout comme le syndrome de Benjamin), avant que l'on ne découvre qu'il s'agit d'un problème neurologique. Le fait que les tests psychopathologiques (Rorschach, TAT...) ne

démontrent pas de pathologie spécifique aux SB, ni de psychose, n'empêche pas les psychiatres de considérer le syndrome de Benjamin comme une "*affection mentale rare*". Ils ne sont pas à une contradiction près puisque le diagnostic positif de "transsexualisme" repose sur l'absence de troubles psychopathologiques !

Des problèmes chromosomiques, génétiques, hormonaux peuvent affecter plus ou moins gravement le sexe durant toute la grossesse. Dès la fécondation, l'embryon exécute un programme génétique de différenciation sexuelle. Durant les premières semaines, les ébauches des 2 sexes sont présentes. Puis sous l'action de divers éléments, un sexe va se développer et l'autre régresser puis disparaître. Le cerveau est la phase ultime de la différenciation sexuelle.

La biologie et la génétique n'ont pas livré tous leurs secrets. Récemment encore, le Docteur BENZADON (1998), dans un article décrit un premier cas de syndrome de Klinefelter⁴⁹ de phénotype féminin, alors que seuls des cas masculins avaient été observés. On sait qu'il y a des imprégnations hormonales du cerveau à différentes étapes du développement. Peuvent-elles influencer ou être un facteur prédisposant ?

Pour Louis J.G. GOOREN, Professeur de transsexologie à l'Université Libre d'Amsterdam, (1995a), p. 7, « Le transsexualisme provient d'une erreur de la différenciation sexuelle, dans le développement qui fait de nous, soit un homme, soit une femme. Il n'est peut être pas superflu de rappeler que l'individu concerné n'est pas personnellement responsable de son état. Il ne l'a pas choisi, pas plus qu'il n'a choisi ses parents ou son lieu de naissance. Il l'a reçu en partage irrévocablement.

[...] Aux Pays-Bas, la loi leur permet depuis 1985 de faire reconnaître officiellement leur nouvelle identité sexuelle. J'ai constaté personnellement que cette reconnaissance légale les a beaucoup aidés à s'émanciper et à recouvrer leur estime de soi. Aux yeux du public, le transsexualisme devient chose sérieuse si le législateur s'y intéresse et légifère, suscitant ainsi le respect et l'attention que mérite la condition difficile des transsexuels. »

Page 136, Louis J.G. GOOREN, (1995b), expose une synthèse des recherches sur les différences morphologiques entre les cerveaux des femmes et ceux des hommes. Des différences dans la structure hypothalamique de trois SBF ont été mis en évidence. Mais l'imagerie moderne n'est pas assez performante au niveau du cerveau pour fournir des informations sur des structures cérébrales telles que le noyau sexuellement dimorphe de l'aire préoptique de l'hypothalamus ou le noyau suprachiasmique chez les sujets vivants. Cette recherche en est à ses débuts car elle ne peut être faite que post mortem et les syndromes de Benjamin sont rares, d'où le manque de données. En 1996, lors d'une émission télévisée à laquelle nous

⁴⁹) Anomalie chromosomique, 47 XXY de phénotype masculin (généralement).

participations, le Dr ASSCHEMAN me confirmait que leur hypothèse était vérifiée pour trois nouveaux cas de syndrome de Benjamin féminin observés, (soit six en tout).

Est-ce la structure cérébrale qui influence le sexe psychologique ou est-ce l'inverse ?

L'ethnopsychiatrie travaille avec des représentants des groupes étudiés alors que la psychanalyse utilise des représentations. Les représentants fournissent des informations que ne peuvent donner les représentations. C'est pourquoi une approche ethnopsychiatrique du syndrome de Benjamin a permis d'obtenir des informations nouvelles. Regarder ce que deviennent les personnes concernées par le syndrome de Benjamin nous permet d'approfondir notre connaissance.

L'étude montre :

- Que les médecins ont créé une catégorie : les "transsexuels" et que leur création leur échappe.
- Que les catégories de l'identité et de la sexualité ne sont pas fixées. Les SB viennent éclater tout le système de catégorisation. Ce sont des empêcheurs de "sexer" en rond. Là encore, ils sont des précurseurs du monde moderne.
- Que le mode de diagnostic est inadapté puisqu'il repose sur des constructions sociales et qu'il n'empêche pas les erreurs.
- Qu'une aide à l'autodiagnostic qui responsabilise les personnes concernées par le syndrome de Benjamin serait plus profitable aux personnes comme à la société.

Pour l'instant, la cause de la "transsexualité" est toujours inconnue. Aucune piste n'est à négliger, ni la biologique, ni la psychologique, ni l'interaction des deux, voire même de leur interaction avec les causes sociologiques. Personne ne détient la vérité.

Humainement, l'étiologie du syndrome de Benjamin m'importe peu. Le niveau de civilisation d'une société se mesure à sa capacité à inclure les diversités. Comment la société accepte les différences et comment elle traite les personnes qui se trouvent aux marges de la "normalité" de la majorité de ses membres est un marqueur l'évolution de nos sociétés.

7.5. PISTES DE RECHERCHES FUTURES

Pour le TAT, il serait intéressant de faire passer toutes les planches à un groupe de SB et à un groupe contrôle pour voir s'il y a des différences significatives dans les réponses sur les planches destinées normalement à l'autre sexe. Je n'ai pas connaissance d'un tel travail en France. Cela ne pourrait évidemment pas être fait dans le cadre d'une équipe médicale car les personnes SB restent toujours sur la défensive.

La représentation de soi selon le sexe psychologique dans les fantasmes, les rêveries érotiques ou les rêveries non-érotiques d'un sujet est-elle une donnée constante chez les SB ? Si oui, peut-elle servir d'aide à l'autodiagnostic ?

Narcissisme : pour aimer, il faut avoir été aimé, pour s'aimer, s'estimer, il faut avoir été suffisamment valorisé. D'après les auteurs, la composante narcissique est très présente chez les SB. Qu'en est-il réellement ? Il serait intéressant de l'approfondir, d'aller au delà de ce qu'en ont dit les psys de tout bord, de ne pas s'arrêter à l'arbre qui cache la forêt.

La relation entre prostitution et "transsexualisme", Qu'en est-il réellement ? Quels sont les clients des "transsexuelles" et que cherchent-ils dans cette image de la femme à verge ? Existe-t-il une prostitution des SBM ?

Poursuivre sur la compréhension du sexe psychologique et ses mécanismes.

Il serait intéressant de faire une étude sur la façon dont les enfants des parents SB vivent le changement de sexe père ou leur mère, les conséquences que cela entraîne pour ces enfants... De même, comment s'épanouit un enfant dans un couple dont l'un des parents est "transsexuel", la transformation étant survenue avant la rencontre avec l'enfant, ou l'enfant étant né après. L'enfant est-il informé de la vie antérieure du parent "transsexuel" ? Y a-t-il une différence entre les enfants qui sont informés et ceux qui ne le sont pas ?

En Europe, des enfants SB sont pris en charge pendant plusieurs années et le traitement hormonal peut commencer au moment de la puberté. Etudier les conséquences, comment les enfants vivent le suivi, sont-ils mieux soulagés que s'ils étaient pris en charge plus tardivement ?

A ce sujet, une SBF (questionnaire G2-15) témoigne des difficultés qui pourraient être évitées. « Si le problème identitaire et le changement de sexe était médicalement et psychologiquement pris en charge le plus jeune possible, il y aurait moins de problèmes avant le traitement hormonal et pendant le traitement hormonal. Pour la voix avant que la mue soit faite et les poils pas encore complètement poussés, si ce n'est que du duvet. Après le passage ado, c'est déjà moins facile. Et à l'âge que j'avais, ce qu'on appelle secondaire, je crois plus difficile car les secondaires ont déjà un passé très long de l'autre sexe. Et c'est pour cela que je n'ai pratiquement pas eu de rapports sexuels avant le traitement. Pendant le traitement, les rapports sexuels ont commencé peu de temps après l'opération. Maintenant, je me considère comme une femme normale. »

Des personnes SB m'ont dit que l'expertise médico-légale telle qu'elle est pratiquée pour le changement d'état-civil est absurde, il n'a aucun intérêt et il est un véritable viol physique et psychologique. Qu'en est-il réellement ?

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association, (1994), *Troubles de l'identité sexuelle*, in Mini DSM IV, Critères diagnostic, (Washington DC, 1994), trad. fr. : Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1996, pp 250-252.

ARIÈS P., (1982a), *Le mariage indissoluble*, in Sexualités occidentales. Communication, n°35, 1982, Paris, Seuil, pp. 123-137.

ARIÈS P., (1982b), *L'amour dans le mariage*, in Sexualités occidentales. Communication, n°35, 1982, Paris, Seuil, pp. 116-122.

Association du Syndrome de Benjamin, (1999), *"transsexuel(le)s" : communiqué de presse*, in L'Identitaire, n°13, pp 6-7, (ASB - 1, rue Hector Malot - F-75012 Paris).

BEM S.L., (1974), *The measurement of psychological androgyny*, in Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 42, n°2, pp 155-162.

BENZADON, (1998), *Un cas de Klinefelter de phénotype féminin*, in Le quotidien du médecin, mardi 06/10/1998, n° 6351, p. 15.

BLANCHET A., GOTMAN A., (1992), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, (Collection 128), Paris, Nathan, 125 p.

BRETON J., et coll., (1985), *Le transsexualisme : étude nosographique et médico-légale*, (Rapport de médecine légale, congrès de psychiatrie et de neurologie, Bensaçon 1985), Paris, Masson, 205 p.

CHILAND C., (1997), *Changer de sexe*, Paris, Odile Jacob, 282 p.

CHILAND C., (1999), *Le sexe mène le monde*, (Le passé recomposé), Paris, Calman Lévy, 208 p.

CONSEIL DE L'EUROPE, (1995), *Transsexualisme, médecine et droit*, XXIII^e colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 304 p.

CORDIER B., (1995), *Une prise en charge médico psychologique à l'hôpital Foch*, in Identité sexuée et société, actes du colloque, 8 décembre 1995, pp. 34-42.
(Altaïr - 32, rue Salvador Allende - F-92000 Nanterre)

CREPAULT C., (1997), *La sexoanalyse. A la recherche de l'inconscient sexuel*, Paris, Payot, 422 p.

D'EAUBONNE F., (1990), *Le scandale d'une disparition. Vie et oeuvre du Pasteur Doucé*, Editions du Libre arbitre, 115 p.

DOUCÉ J., (1986), *Quelques observations d'un psychologue praticien*, in La question transsexuelle, Paris, Lumière & Justice, ouvrage collectif sous la direction de Joseph DOUCÉ, pp. 129-139, (1986).

DUAL S., (1999), *Rencontre du troisième sexe*, Editions Gérard Blanc, 239 p.

FERENCZI S., (1924), *Thalassa. Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*, (Petite bibliothèque Payot), Payot, 166 p., réédition (1992).

FERENCZI S., (1929), *Masculin et féminin*, in Thalassa. Psychanalyse des origines de la vie sexuelle, (Petite bibliothèque Payot), Paris, Payot, 166 p., réédition (1992).

FLANDRIN J-L., (1982), *La vie sexuelle des gens mariés dans l'ancienne société : de la doctrine de l'Église à la réalité des comportements*, in Sexualités occidentales. Communication, n°35, 1982, Paris, Seuil, pp. 102-115.

FREUD S., (1905), *Trois essais sur le théorie sexuelle*, (connaissance de l'inconscient), Paris, réédition Gallimard, 1987, 211 p.

GANA K., (1995), *Androgynie psychologique et valeurs socio-cognitives des dimensions du concept de soi*, in Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, n°25, pp. 27-43.

GERMAIN B., LANGIS P., (1990), *La sexualité : regards actuels*, Paris, Maloine, Montréal (Québec), Editions Etudes Vivantes, 602 p.

GOOREN L.J.G., (1995a), *Allocution d'ouverture*, in Transsexualisme, médecine et droit, XXIII^e colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, Strasbourg, Conseil de l'Europe, p. 7.

GOOREN L.J.G., (1995b), *Aspects biologiques du transsexualisme et leur importance pour la réglementation en ce domaine*, in Transsexualisme, médecine et droit, XXIII^e colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, Strasbourg, Conseil de l'Europe, pp. 123-151.

HEUZE S., (2000), *Changer le corps ?*, Paris, La Musardine, 199 p.

HITE S., (1983), *Le rapport Hite sur les hommes*, Paris, Stock, 848 p.

HITE S., (1988), *Les femmes et l'amour : un nouveau rapport Hite*, Paris, Stock, 884 p.

HOKARD A., (1980), *La transsexualité, quelle(s) solution(s) pour quel problème ?*, in La question transsexuelle, Paris, Lumière & Justice, ouvrage collectif sous la direction de Joseph DOUCÉ, pp. 39-44, (1986).

Joëlle, (1999), *Va te faire implanter !*, in L'Identitaire, n°15, p. 2, ASB.

- LAFLEUR M., ALAIN M., (1992), *Modification du schéma de genre*, in Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, n°14, pp. 9-18.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 10è édition, 1990, 523 p.
- LE MANER-IDRISSI G., (1997), *L'identité sexuée*, (Les topos), Paris, Dunod, 122 p.
- MERCADER P., (1994), *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan, 297 p.
- MILLOT C., (1983), *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*, Paris, Point hors ligne, 141 p.
- NATHAN T., (1977), *Sexualité idéologie et névrose : essai clinique*, (bibliothèque d'ethnopsychiatrie), Grenoble, La pensée sauvage, 240 p.
- NATHAN T., (1993), *Fier de n'avoir ni pays, ni ami, quelle folie c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, La pensée sauvage, Grenoble, 151 p.
- NATHAN T., (1994), *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, 350 p.
- NATHAN T., (1997), *Spécificité de l'ethnopsychiatrie*, in La guerre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°34, pp. 7-24, Grenoble, La pensée sauvage.
- OMS, (1993a), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostic pour la recherche, Genève, Paris, Masson, pp. 192-199.
- OMS, (1993b), *F64.x Troubles de l'identité sexuelle*, in CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions clinique et directives pour le diagnostic, Genève, Paris, Masson, pp. 123.
- POLLAK M., (1982), *L'homosexualité masculine ou le bonheur dans le ghetto ?*, in Sexualités occidentales. Communication, n°35, 1982, Paris, Seuil, pp. 37-53.
- RAYMOND J., (1981), *L'empire transsexuel*, Paris, Seuil, 250 p.
- REICH W., (1936), *La révolution sexuelle*, (10/18), Paris, Plon, 1968, 383 p, (The sexual revolution, traduit de l'anglais par Constantin Sinelnikoff)
- REID R.W., (1995), *Aspects psychiatriques et psychologiques du transsexualisme*, in Transsexualisme, médecine et droit, XXIII^e colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, Strasbourg, Conseil de l'Europe, pp. 25-51.
- ROSSIAND J., (1982), *Prostitution, sexualité, société dans les villes françaises au XV^e siècle*, in Sexualités occidentales. Communication, n°35, 1982, Paris, Seuil, pp. 68-84.
- SIRONI F., (1997), *L'universalité est-elle une torture ?*, in La guerre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°34, pp. 43-57, Grenoble, La pensée sauvage.

SIRONI F., (1998), *L'ethnopsychiatrie au service des vétérans russes de la guerre d'Afganistan*, in Le Journal des psychologues, n°160, septembre 98, pp. 52-57.

SIRONI F., (à paraître), *Cours de méthodologie IED*, Institut d'Enseignement à Distance, Paris, Dunod.

STOLLER R.J., (1968), *Recherche sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme*, (Connaissance de l'inconscient), Paris, Gallimard, 1978, 406 p. (Sex and gender, traduit de l'anglais par Monique Novodorsqui).

STOLLER R.J., (1985), *Masculin ou féminin ?*, (Le fil rouge), Paris, PUF, 1989, 362 p. Presentation of gender, traduit de l'anglais par Yvone NOIZET et Colette CHILAND).

SWERTVAEGHER J-L., (1998), *De la transsexualité au transsexualisme : un sacrifice moderne ? Approche ethnopsychiatrique de la question transsexuelle*, mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université de Paris 8, 117 p., disponible au Centre Georges Devereux, Paris 8.

SWERTVAEGHER J-L., (1999), *Que sont devenues les personnes réassignées. Approche ethnopsychiatrique de la "transsexualité"*, mémoire de DEA de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Tobie NATHAN, Université de Paris 8, 140 p., disponible au Centre Georges Devereux, Paris 8.

VAN DER REIJT M.F., (1995), *Allocution*, in Transsexualisme, médecine et droit, XXIII^e colloque de droit européen, Université Libre, Amsterdam, 14-16 avril 1993, Strasbourg, Conseil de l'Europe, pp. 9-11.

VANNEREAU D., (1986), *La sémantique et ses mensonges*, in La question transsexuelle, Paris, Lumière & Justice, ouvrage collectif sous la direction de Joseph DOUCÉ, pp. 127-128, (1986).

VAROQUI S., (1985), *Une enquête auprès des transsexuels du C.C.L.*, in La question transsexuelle, Paris, Lumière & Justice, ouvrage collectif sous la direction de Joseph DOUCÉ, pp. 141-147, (1986).

VEYNE P., (1982), *L'homosexualité à Rome*, in Sexualités occidentales. Communication, n°35, 1982, Paris, Seuil, pp. 26-33.