

AUTODIAGNOSTIC ET PRATIQUES MÉDICALES D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES TRANSIDENTITAIRES

Petit lexique

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

Il s'agit d'un développement atypique de l'identité de genre (ou identité sexuée), non d'un trouble. Si seule une minorité de personnes présente ce développement identitaire atypique, cela n'en constitue pas pour autant une pathologie. Pas plus que la minorité de gauchers a un trouble de l'habileté sous prétexte qu'elle est moins nombreuse que la majorité droitère.

1) Autodiagnostic

On peut trouver 2 profils majoritaires chez les personnes trans'. Celles qui se présentent en sachant leur identité et celles qui s'interrogent sur leur identité.

1.1) Celles qui savent (autodiagnostic fait)

Ce sont des personnes qui ont conscience de leur transidentité depuis leur enfance, ce sentiment ne les a jamais lâchées. Elles n'ont pas de doute sur qui elles sont et si elles n'ont pas rencontré de difficulté familiale ou psychologique, elles trouveront assez facilement des médecins qui accepteront de les aider. Elles consultent parfois les équipes médicales hospitalières mais rarement plus de quelques fois, car ces dernières sont trop longues à répondre leur attente. Elles savent ce qu'elles veulent et elles n'ont pas de temps à perdre. Elles s'orientent assez rapidement vers les médecins de ville. Elles trouvent les ressources sur internet et auprès des associations. Elles sont bien informées.

L'accompagnement de ces personnes est plus simple car elles vont relativement bien.

Il y a celles qui ont rencontré des difficultés familiales (opposition violente de la famille dévalorisant l'enfant qui intègre la honte de lui-même) ou psychologiques mais qui n'ont pas oublié ou refoulé leur identité. Le parcours est plus chaotique et elles peuvent avoir traversé des phases de rejet d'elles-mêmes, d'auto destruction (fuite dans la drogue, l'alcool, une religion rigide), fugue, automutilation, voire suicide. Il va falloir les aider à se reconstruire en partant et en tenant compte de cette identité. Anxiété et dépression sont souvent présentes. Elles pourront avoir déjà consulté des “pys” ou fait une psychothérapie pour améliorer leur fonctionnement anxio-dépressif ou leur estime personnelle. Elles auront plus de mal à trouver de l'aide que les premières mais pourront consulter des équipes médicales hospitalières tout en trouvant que cela ne va pas assez vite.

L'accompagnement de ces personnes nécessite une aide psychologique adaptée durant la transition et parfois après.

Il y a aussi celles qui ont rencontré des difficultés familiales ou psychologiques et qui ont oublié ou refoulé leur identité. Elles ne la retrouvent qu'après un travail sur elles-mêmes, un événement de vie (décès d'un proche, divorce, handicap, perte d'emploi...) ou un choc psychologique qui provoquent une remise en cause d'un fonctionnement devenu obsolète ou inadapté. Une fois qu'elles se sont retrouvées, elles ont besoin qu'on ne perde pas de temps à re-vérifier ce qu'elles ont fait en thérapie. Même quand le psychothérapeute, psychologue ou psychiatre a fait un certificat détaillé, le "psy" de l'équipe médicale hospitalière n'a pas confiance, il ne prendra pas son téléphone pour en discuter avec le collègue. Pourquoi ignorer l'intérêt du patient?

Nombre de personnes font souvent des tentatives variées pour assumer leur corps et leur sexe, comme faire un sport ou un métier typique du sexe d'assignation à la naissance, essayer des relations sexuelles hétérosexuelles et homosexuelles, fonder une famille en se mariant et en ayant des enfants. Beaucoup se plongent dans le travail ou dans les études afin de ne plus penser. Ces tentatives se soldent toujours par un échec. Elles ne font que repousser l'échéance, c'est comme reculer pour mieux sauter. Mais ces tentatives restent utiles, voire nécessaires à bon nombre de personnes. Cela leur permet de se conforter si nécessaire dans leur sentiment identitaire. Cela est aussi dû au fait que ce questionnement ne peut pas être posé pendant l'enfance quand il est présent. Malheureusement, il n'y a toujours pas de possibilité de consultation spécialisée sur ce sujet dédiée aux enfants et aux adolescents. Les juges et les éducateurs commencent à peine à intégrer l'homosexualité comme cause de problèmes sociaux-éducatifs, ils n'ont toujours pas inclus la transidentité. Les jeunes dans ces situations ne peuvent pas en parler, ils craignent de se retrouver hospitalisés en psychiatrie et sous traitement neurochimique fort.

La plupart des personnes qui ont fait leur autodiagnostic se font aider par des associations, s'informent et prennent leur vie en main.

1.2) Celles qui s'interrogent (besoin d'une aide à l'autodiagnostic)

Pour les personnes qui s'interrogent, il n'y a pas d'urgence mais ce n'est pas une raison pour les faire mariner. Il est plus simple et pertinent de suivre leur évolution quel que soit son sens et de les aider à dépasser les obstacles qu'elles rencontrent au fur et à mesure.

Certaines personnes vont assez bien pour pouvoir continuer à se prendre en charge tout en ayant besoin d'avancer dans leur questionnement identitaire. L'aide à l'autodiagnostic peut prendre la forme d'une psychothérapie qui aboutit à un meilleur fonctionnement quelle que soit l'évolution identitaire prise.

D'autres personnes auront besoin de l'étiquetage d'une "autorité" pour pouvoir s'accepter, pouvoir dépasser la honte d'être trans'. Ce sont celles qui vont plus facilement consulter les équipes médicales hospitalières et accepter d'attendre plus ou moins longtemps "l'autorisation" de faire une transition. Cela leur permet de mieux faire passer les choses auprès de leur entourage. Certaines sont concernées par la transidentité, d'autres non. Comme elles ne sont pas dans une demande "pressante", elles peuvent ne pas être prises au sérieux et finir par aller voir ailleurs.

Il y a enfin celles qui auront besoin d'un soutien plus proche et plus solide car elles ont des problèmes psychologiques qui viennent se greffer sur les problèmes identitaires, ce qui complique la prise de conscience. Les problèmes psychologiques annexes peuvent amoindrir l'efficacité d'une transition voir l'entraver.

A cause de leur aspect physique dit "normal", les personnes trans' 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 leur transition.

Elles se questionnent sur leur attirance amoureuse et sexuelle, leur identité de genre, les rôles et stéréotypes sociaux. Suis-je normal? Suis-je fou? Suis-je homosexuelle? Suis-je travesti? Qu'est-ce que la normalité? Qu'est-ce qu'être un homme, une femme? Je ne me reconnais pas dans ce corps, il ne me correspond pas. Pourquoi ne suis-je pas un garçon/un homme, une fille/une femme? Pourquoi ne puis-je pas porter tel vêtement, avoir tel jouet? A l'école, pourquoi faut-il que j'aïlle avec les filles (ou les garçons)? Je voudrai rester avec les garçons (ou les filles)... Pourquoi les autres enfants (parfois les enseignants) se moquent-ils de moi? Je me sens si différent, pourquoi?

Ce questionnement peut être permanent, voire envahissant et bloquer tout le fonctionnement cognitif d'où de nombreux échecs scolaires, des difficultés à conserver un emploi stable.

La souffrance qui découle de cette dichotomie entre le corps et l'identité est variable d'un individu à l'autre. Le retentissement sur la vie est proportionnel à la souffrance vécue, ce qui en rend l'évaluation possible (relations familiales, sociales et professionnelles, niveau d'étude...).

Bien qu'elles aient conscience de leur sexe anatomique, des personnes me disent ne pas savoir si elles se sentent appartenir au groupe de femmes ou au groupe des hommes, ou bien se sentir tantôt femme, tantôt homme. D'autres personnes doutent de leur sexe psychologique parce qu'elles ne se sentent pas en concordance avec les stéréotypes liés aux genres. Elles disent ne pas se sentir assez féminines pour une femme ou pas assez masculines pour un homme, ou elles disent être trop masculines pour une femme ou trop féminines pour un homme. Elles disent aussi se sentir en décalage sur le ressenti de féminité/masculinité par rapport à leur sexe anatomique. Pour elles, ne pas être assez féminine par rapport aux stéréotypes de genres, c'est peut-être ne pas être une femme, ou ne pas être assez masculin par rapport aux stéréotypes de genres, c'est peut-être ne pas être un homme. Parce qu'elles pensent que leur identité de genre ne correspond pas aux stéréotypes de genres, elles doutent de leur sexe psychologique. Cela peut entraîner une souffrance, et dans ce cas il est utile de proposer une aide psychologique.

Du fait qu'il y a un manque de liberté et de recul par rapport aux stéréotypes qui sont des constructions sociales, il faut aider à prendre conscience qu'une femme ou qu'un homme n'a pas besoin de coller aux stéréotypes sociaux pour être une femme ou un homme. La thérapie consiste à démonter une fabrication sociale.

La mauvaise image de soi, la dévalorisation, l'anxiété sont aussi à prendre en compte dans l'accompagnement et la psychothérapie avec des personnes transidentitaires.

2) Pratiques médicales d'accompagnement des personnes transidentitaires

2.1) Critiques à propos de quelques exemples

Je vais prendre quelques exemples qui m'ont été confiés par diverses personnes. On trouvera d'autres exemples dans mon mémoire de DESS *Ethnopsychiatrie, théorie queer et "transsexualisme" (syndrome de benjamin): pratiques cliniques* disponible sur mon site internet: <http://syndromedebenjamin.free.fr> / Textes / Travaux universitaires.

En 2006, un psychiatre essaie d'amener un FtM dépressif à accepter ses seins alors qu'il veut s'en débarrasser.

Une personne ayant besoin d'un "étiquetage" trans' alors qu'elle sait son problème consulte pendant plus de 6 ans une équipe médicale hospitalière sans obtenir ce qu'elle venait y chercher. Le "psy" de l'équipe lui dit qu'elle ne souffre pas et que de ce fait elle ne peut prétendre à un traitement hormono-chirurgical. Elle finit par devenir dépressive et me demander de l'aide en 2009. Je l'ai orienté vers des médecins en ville (psychiatre et endocrinologue) où elle a été prise en charge.

En 2002, une femme (MtF) consulte un médecin sexologue en charge de l'accueil des personnes trans' de son équipe médicale hospitalière. Informé par le médecin qui lui adresse cette patiente qu'elle bénéficie de la CMU, il assure celui-ci qu'elle n'aurait pas de frais supplémentaires. Il lui a pourtant demandé 40€ pour la consultation alors qu'en secteur 1 il ne pouvait lui demander que 20€ et il lui a fait une feuille de maladie de 20€ qu'elle pouvait se faire rembourser. Il a donc appliqué un dépassement d'honoraire de 20€ (non déclarés puisque pas indiqué sur la feuille maladie) contrairement à ce qu'il avait dit à son confrère. Extrait d'entretien:

«Il faut bien que vous compreniez qu'il n'y a que 2 sexes. Quand un père prend sa petite fille de 3 ans sur ses genoux et qu'il la berce gentiment, ce n'est pas de l'amour enfantin qu'elle éprouve alors, c'est le début du désir sexuel qui grandit en elle. Je vais vous donner un autre exemple, il y a une école primaire près de mon cabinet. Lorsque des patients comme vous me consultent, je leur dis d'aller observer discrètement les jeux des enfants entre eux. Les petites filles adorent voir les petits garçons transpirer en venant vers elles, ce qu'elles ressentent c'est la montée de l'orgasme en elles quand elles voient la sueur perler sur le front de leurs camarades. (...)

Actuellement vous n'êtes pas vraiment une femme, vous êtes un homme féminoïde.»

Après ces affirmations qui ne démontrent rien sur la transidentité, la consultante a pensé que ce médecin était pédophile et pervers (au sens perversité).

Pour aller prendre son train, elle lui a ensuite demandé de téléphoner à un taxi. Il lui a répondu que ce n'était pas nécessaire car c'était tout près à pied. La ville était en travaux pour un tramway, il le savait et c'est sciemment qu'il l'a envoyée se casser les talons sur la chaussée défoncée par un trajet beaucoup plus long qu'il ne le prétendait. Pourquoi ne pas lui avoir permis de prendre un taxi?

En mai 2003, une MtF consulte un psychiatre d'une équipe médicale hospitalière. Le RDV pris en janvier est prévu vers 16h30. La personne venant de province a été reçue de 17h20 à 18h10. Elle a couru mais elle a raté le dernier train. Elle a dû payer une nuit d'hôtel. Le médecin a été incapable de répondre aux questions sur les effets du

traitement hormonal entre autre sur la voix. Il lui propose un autre RDV pour après le 15 août. Pour lui 2 ans ce n'est pas long. On voit que ce n'est pas sa vie dont il s'agit. Des délais trop longs (plus d'un mois) entre 2 RDV ne sont pas acceptables. Un temps d'attente excessif lors du RDV pour des personnes venant de plusieurs centaines de kilomètres entraîne des frais supplémentaires à ceux du transport quand il faut payer un hôtel parce qu'on a raté le dernier train. Les demandes d'ALD et donc de prise en charge des transports ne sont pas faites dans la période d'observation (2 ans). Beaucoup de personnes sont au RMI/RSA. L'investissement n'est pas anodin.

En 1999, une MtF consulte un psychiatre d'une équipe médicale hospitalière.

«Une des questions surprenantes, après la taille et le poids (qui sont assez décalées compte tenu de l'objet de la visite...), est relative à la pointure de chaussures. Et à ma réponse (42, bien que faisant du 41...) il m'a répondu: «vous aurez du mal à trouver des chaussures à votre pointure».

Lors de l'entretien, j'ai expliqué quel métier je faisais ([métier à responsabilité cadre A de la fonction publique]), et notamment j'ai expliqué que ce métier comprenait des responsabilités de décision. J'ai par conséquent été surprise de constater une volonté d'infantilisation de la part du médecin. Alors que je venais de lui expliquer que je menais une vie "totalement intégrée" socialement, j'avais brutalement la sensation que plus rien ne comptait d'autre que l'expression de ce qui ne pouvait être qu'un "délire".»

«Il m'a très clairement indiqué que pour être "transsexuelle", je devais être d'abord "homosexuel" dans mon genre/rôle social d'assignation, et devenir "hétérosexuelle" ensuite.

Comme je lui expliquais que cela relevait de deux choses très différentes à mes yeux, à savoir que les hommes homosexuels et les hommes hétérosexuels, c'était de l'orientation sexuelle et n'avait pas grand-chose à voir avec mon problème identitaire), l'ambiance générale de l'entretien est devenue plus tendue.»

Il faut espérer qu'en 2009 l'on ne confond plus l'attirance amoureuse et sexuelle avec l'identité de genre et que l'on ne s'occupe plus de la taille des pieds.

En 2005, suite à un problème urinaire de nombreuses années après sa phalloplastie, un FtM s'adresse à un chirurgien de l'équipe médicale hospitalière qui l'avait opéré. Ce dernier qui avait pris la suite a refusé de toucher à ce qu'avait fait son prédécesseur. Il l'a dit assez brutalement, sans chercher à savoir si le problème était lié. Plusieurs personnes qui ne se connaissent pas m'on dit avoir ressenti que ce chirurgien n'aimait pas les trans'. Dans ce cas, il vaudrait mieux qu'il s'abstienne de s'en occuper. Comment sont gérés les problèmes de santé des vieux trans' en lien avec leur chirurgie? A qui doivent-ils s'adresser?

Un trans FtM ayant eu 2 enfants mineurs gardés par le père dont il est séparé et divorcé, aimant les hommes (il est gay), n'a pas été pris en charge par l'équipe médicale à laquelle il a demandé de l'aide. Au bout de 2 ans de suivi, rien ne venait et on ne lui laissait pas entendre que cela changerait, il a fait une dépression et a dû arrêter son travail et être mis en invalidité. Il est toujours dans cette situation mais en s'adressant à une association, il a réussi à faire sa transition et obtenir son changement d'état civil. Ses relations avec ses enfants sont meilleures. Son état psychologique s'est amélioré même s'il est toujours incapable de reprendre une activité salariée.

Les critères des protocoles doivent être supprimés et la durée d'observation revue car ils sont inadaptés.

J'entends souvent dire que les médecins des équipes médicales hospitalières sont mal considérés par leurs collègues (ceux qui ne sont pas dans l'équipe). Pourquoi? Ne serait-il pas nécessaire de mieux informer les autres professionnels de santé? Et ces équipes médicales comment se sentent-elles face à cette question? Pourquoi et comment s'occupent-elles de cette problématique? Qu'est-ce qui les y poussent?

Le fait est qu'en France, tout ce qui touche au génital et au sexuel est resté assez tabou. Renommer le “nerf honteux” “nerf pudental” est assez significatif. Ce terme anglais est équivalent de honteux sans en avoir l'apparence. Pourquoi ne pas l'avoir tout simplement nommé “nerf sexuel”, “nerf génital” ou “nerf érogène”?

2.2) Recommandations pour un accompagnement respectueux des personnes transidentitaires

Il vaut mieux considérer qu'accompagner des personnes transidentitaires est une spécialité (psychologique, endocrinologique, chirurgicale) qui en vaut bien une autre et qu'elle n'a rien de honteux. Si des professionnels de santé n'aiment pas cette spécialité ou s'ils ont des préjugés sur la transidentité, les questions génitales ou la sexualité, il vaut mieux s'abstenir. Il est nécessaire d'avoir du respect et de la considération pour des patients qui leurs seront toujours reconnaissants de s'occuper d'eux d'une façon adaptée. Ne pas confondre attirance amoureuse et sexuelle avec transidentité.

Eviter l'autoritarisme, le dirigisme, l'infantilisation. Les patients doivent être responsabilisés et considérés comme des partenaires. Ils doivent pouvoir donner un consentement libre et éclairé, il faut donc qu'ils soient bien informés.

Derrière le mot sexologue se cachent des formations initiales très diverses qu'il me semble nécessaire d'indiquer. Ce n'est pas la même chose d'être chirurgien, psychiatre, gynécologue, médecin généraliste, infirmière ou psychologue voire assistant social. Il s'agit d'une formation complémentaire et non d'une spécialité médicale.

La relation thérapeutique avec des personnes trans' est possible à condition de respecter certaines règles simples mais fondamentales et fonctionnelles:

- ne pas avoir d'avis négatif sur la transidentité;
- respecter l'identité dans laquelle se présente la personne et s'adresser à elle de la façon dont elle le souhaite. Cela ne l'oriente en aucune façon vers une transition. Cela permet l'installation d'une relation de confiance qui permet d'aborder si nécessaire la question transidentitaire;
- ne pas chercher à orienter la personne dans un sens où dans l'autre (qu'elle fasse sa transition ou qu'elle ne la fasse pas), c'est-à-dire ne pas avoir d'intention à son égard;
- avoir une bonne connaissance des questions transidentitaire ou travailler avec un/E collègue qui a ce niveau de connaissance ou un médiateur[1] du monde trans'.

2.2.1) Pour les “psys”

Avant et pendant le parcours transidentitaire, c'est une aide à l'auto diagnostic qui est la plus fonctionnelle. Les personnes trans' ont pris l'habitude depuis longtemps de préserver leur identité de genre envers et contre tous. Cela entraîne souvent une certaine rigidité qu'il faut tenter d'assouplir et non de renforcer.

Les problèmes les plus fréquents que l'on rencontre chez les trans' sont l'anxiété et la dépression. Ceux-ci sont majorés lorsque la transidentité n'est pas prise en charge. En effet, le décalage entre le sexe anatomique et le sexe psychologique génère une très

grande souffrance psychique chez la plupart des personnes, qui ne voyant pas d'issue ni d'amélioration possible, peuvent sombrer dans le désespoir et la dépression. Par ailleurs, lors du commencement du traitement de transformation (prise d'hormones), on observe une amélioration de l'anxiété et une diminution des signes dépressifs.

Pour les personnes qui ont fini leur transformation, une psychothérapie ou un soutien psychologique peut être nécessaire si cela n'a pas été correctement fait avant et pendant le parcours ou si des difficultés de vie le demandent ou persistent. Il est possible de les aider à clore un parcours de vie traumatisant. Il est très confortable pour le patient de savoir que le "psy" ne se focalise pas sur sa transidentité, qu'il en a connaissance et qu'il est parfaitement à l'aise avec cette éventualité. Cela permet l'établissement d'une relation de confiance où tout pourra être dit et abordé. L'ouverture d'esprit du "psy" est nécessaire afin de ne pas bloquer la parole du patient comme cela se produit trop souvent. Tout cela est beaucoup plus formateur pour le "psy", il peut apprendre des choses qui, autrement, ne lui seraient pas données.

Un "psy" ne connaissant pas suffisamment la question transidentitaire mais ne se sentant pas "menacé" par cette problématique, aura intérêt à travailler, lors de ses consultations avec des personnes trans', avec un représentant de leur monde.

Avoir une bonne connaissance de la transidentité, c'est pouvoir renseigner et rassurer les personnes sur les différents traitements hormonaux (les différentes hormones sexuelles et leurs dosages habituels dans ce cas), leurs effets positifs comme négatifs et l'évolution physique que l'on peut en attendre, les procédures chirurgicales (pouvoir les décrire dans les grandes lignes mais suffisamment finement, comme par exemple savoir qu'on n'enlève pas la prostate dans une vaginoplastie), leurs conséquences et les risques. C'est pouvoir aussi répondre «*je ne sais pas*» à une question et ne pas hésiter à orienter vers d'autres interlocuteurs. C'est également connaître les problèmes administratifs liés à la sécurité sociale (ALD) ainsi que les différentes procédures judiciaires pour les changements de prénom(s) et de sexe à l'état civil. Compte tenu du temps de formation que l'acquisition de toutes ces connaissances nécessite, je considère qu'il s'agit d'une véritable spécialité.

Cela peut être pertinent d'interroger les patients sur leurs rêveries éveillées, qu'elles soient érotiques ou non. Comment se perçoivent-ils? Homme, femme, enfant, ni les uns ni les autres, autre? Je leur demande de prendre contact avec une association de personnes trans' et d'en rencontrer afin de s'informer sur leur vécu, leur difficulté, leur transition, de lire des documents sur le sujet, je les encourage à faire des tests dans leur vie quotidienne afin de vérifier que c'est ce qui leur convient, comme par exemple faire une épilation corporelle provisoire, changer de coiffure... (Il ne s'agit pas de se faire passer pour une personne de l'autre sexe alors que le physique ne l'autorise pas.) Cela permet au patient de se responsabiliser, de se prendre en main.

Je leur demande aussi de s'informer sur les possibilités et les risques du traitement hormonal et chirurgical et j'en discute avec elles afin de me rendre compte qu'elles ont bien compris de ce dont il s'agit, de voir si elles désirent toujours aller dans ce sens. S'il n'a pas de maladie mentale, c'est assez facile de poursuivre. S'il y en a une, il faut qu'elle soit stabilisée sous traitement avant d'aller plus loin. Il faut leur expliquer tous les éléments afin qu'elles en mesurent l'intérêt et la pertinence. Si les personnes adhèrent au traitement, il sera plus facile pour le professionnel de santé de les aider au mieux.

Je leur demande également de lire les différents protocoles, les Standards of care qui

sont maintenant traduits en français et quelques documents sur le sujet. L'information est toujours utile.

Le diagnostic fait par autrui n'existe pas, ce sont les personnes qui viennent en se disant trans' ou en demandant une aide pour y voir plus clair car elles ne sont pas sûres de leur identité. Elles nous disent déjà tout ce qu'il y a à savoir pour pouvoir les aider au mieux. La seule vérification qui est nécessaire est de voir que les personnes sont capables de donner un consentement éclairé, qu'elles ne souffrent pas d'une pathologie qui viendrait entraver leur jugement. Cette vérification ne nécessite pas 2 ans. Un maximum de 6 consultations sur 3 mois me paraît largement suffisant.

Les trans' ont souvent des anxiétés et des rigidités. Il faut les aider à baisser le niveau d'anxiété et à s'assouplir afin qu'ils aient plus de confort psychologique dans leur vie.

2.2.2) Pour les endocrinologues et médecins généralistes

Bien connaître les différentes hormones et leurs effets permet de donner ces informations fines aux patients qui le demandent, d'adapter les traitements à chaque personne en fonction de ses besoins, de ses désirs et de son état de santé, de faire des bilans quand c'est nécessaire. Il me paraît nécessaire de revoir le principe des anti hormones (Androcur pour les MtF et progestatif pour les FtM), en particulier après la gonadectomie, et, avant, de ne les prescrire qu'aux personnes qui le souhaitent.

2.2.3) Pour les chirurgiens

Se former à cette spécialité et savoir informer sur les différentes techniques et possibilités en fonction de chaque cas permet à la personne choisir ce qui lui convient le mieux. Si cela est nécessaire, consacrer plusieurs consultations à l'information et à la discussion. Il faut sortir des sentiers battus et accepter de modifier l'anatomie de la façon la plus appropriée aux souhaits du patient même si cela ne le fait pas ressembler aux standards masculins ou féminins c'est de sa vie qu'il s'agit, pas de la nôtre. Il faut juste vérifier que la personne a bien compris les conséquences de ce qu'elle demande, dans le cadre du consentement libre et éclairé. Ainsi proposer des métaïdioplasties aux FtM (qu'il est possible de faire évoluer en phalloplastie par la suite si nécessaire), une gonadectomie seule pour les FtM comme les MtF, une adaptation génitale (vulvoplastie) pour les MtF qui ne peuvent pas avoir de vagin, raccourcir le pénis et enlever les corps caverneux tout en lui gardant sa fonction urinaire pour celles qui ne peuvent pas vider leur vessie correctement en position assise et qui ne souhaitent pas de chirurgie invasive à ce niveau.

Ce sont là quelques pistes. J'ajouterai en conclusion que les équipes médicales auraient intérêt à travailler avec des trans' qui ont suffisamment de recul ou des associations. Les médecins qui s'occupent des maladies rares fonctionnent de cette façon avec les personnes concernées. Il y a un véritable échange et un partenariat qui est profitable à tous. Pourquoi ne pas en prendre exemple?

Notes:

[1] Selon le sens que lui donne Tobie Nathan en ethnopsychiatrie.

Bibliographie:

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

DOUCÉ Joseph et coll., (1986), *La question transsexuelle*, Paris: Lumière & Justice, 259 p.

DUAL Sandra, (1999), *Rencontre du troisième sexe*, Toulon: Gérard Blanc, 239 p.

ESPINEIRA Karine, (2008), *La transidentité, De l'espace médiatique à l'espace public*, Paris, l'Harmattan, (Champs Visuels), 198 p.

FAUTRAT Pascal, (2001), *De quoi souffrent les transsexuels?*, (une pensée d'avance), Paris: Editions des archives contemporaines, 142 p.

FOERSTER Maxime, (2006), *Histoire des transsexuels en France*, (essai), Béziers: H&O éditions, 186 p. ISBN: 2-84547-138-6.

FOERSTER Maxime, (2003), *La différence des sexes à l'épreuve de la République*, Paris: L'Harmattan, 126 p. ISBN: 2-7475-5411-2.

NATHAN Tobie, (1993), *Fier de n'avoir ni pays, ni ami, quelle folie c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, La pensée sauvage, Grenoble, 151 p.

NATHAN Tobie, (1997), *Spécificité de l'ethnopsychiatrie*, in La guerre. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°34, Grenoble, La pensée sauvage, pp. 7-24.

REUCHER Tom, (2005), *Quand les trans deviennent experts. Le devenir trans de l'expertise*, in Multitudes, n° 20, printemps 2005, pp. 159-164.

REUCHER Tom, (2002), *Ethnopsychiatrie, théorie queer et "transsexualisme" (syndrome de benjamin): pratiques cliniques*, mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université Paris 8, 72 p. (<http://syndromedebenjamin.free.fr> --> Textes --> Travaux universitaires)

SIMON Sophie, (2004), *Un sujet de conversation*, Paris: Stock, 231 p.

SIRONI Françoise, (2003), *Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique*, in Pratiques Psychologiques, "Les Nouveaux défis éthiques", n° 4, 2003, 3-13.

SWERTVAEGHER Jean-Luc, (2002), *Métamorphoses sous surveillance: psychologie de la transsexualité*, in Psychologie Française, Tome 47, n° 3, pp. 21-30.

WITTIG Monique, (2001), *La pensée straight*, (Modernes), Paris, Balland, 157 p.