



Clio. Femmes, Genre, Histoire

37 | 2013

Quand la médecine fait le genre

L'anthropologue, les médecins et l'expérience transgenre

Questions posées à Laurence Hérault

Sylvie Steinberg



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/clio/11038>

DOI : 10.4000/clio.11038

ISSN : 1777-5299

Éditeur

Belin

Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2013

Pagination : 163-176

ISBN : 978-2-7011-7781-6

ISSN : 1252-7017

Référence électronique

Sylvie Steinberg, « L'anthropologue, les médecins et l'expérience transgenre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 37 | 2013, mis en ligne le 01 juillet 2015, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/clio/11038> ; DOI : 10.4000/clio.11038

Tous droits réservés

Témoignage

L'anthropologue, les médecins et l'expérience transgenre. Questions posées à Laurence Hérault

Laurence Hérault est anthropologue, spécialiste des parcours transgenres. Elle est maîtresse de conférences à Aix-Marseille Université et membre de l'IDEMEC, laboratoire de la Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme. Ses recherches l'ont conduite à mener des observations auprès des personnes transgenres et des praticiens hospitaliers. *Clio* a voulu l'interroger sur la circulation des savoirs médicaux et l'impact des débats théoriques au sein du triangle formé par l'anthropologue, les « patients » et le personnel médical – chirurgiens, endocrinologues, psychiatres et psychologues. À l'horizon, se profilent aussi les juristes ainsi que les collectifs et les associations. Cet entretien est le résultat d'échanges écrits et a été réalisé à l'hiver 2012-2013 par Sylvie Steinberg.

***Clio* : En tant qu'anthropologue, vous travaillez sur les parcours médicaux des transsexuels et/ou transgenres. Pourriez-vous décrire ces parcours au sein du monde médical ainsi que les différentes thérapies existantes ?**

Tout d'abord, je voudrais dire que mon travail sur les parcours médicaux ne concerne qu'une partie de mes recherches sur les expériences transgenres contemporaines dans lesquelles j'aborde aussi d'autres dimensions comme celle par exemple de la parenté et des liens familiaux. Pour ce qui concerne les trajectoires médicales en France, les personnes trans-identifiées peuvent avoir recours aux

protocoles proposés par les équipes hospitalières spécialisées (au nombre de 6) ou bien choisir une filière dite « hors protocole » en consultant des médecins libéraux pour une partie de la transition et en réalisant les opérations notamment génitales à l'étranger – par exemple en Thaïlande, en Belgique, en Angleterre, en Espagne ou encore au Canada. Certaines personnes mêlent également les deux, soit en débutant par le parcours hospitalier et en s'en affranchissant à une étape ou l'autre pour des questions de délais ou de qualités d'intervention, soit en commençant par des consultations libérales et en intégrant la filière hospitalière pour les opérations puisqu'en France, la chirurgie génitale ne peut être réalisée que dans ce cadre pour un remboursement par la Sécurité Sociale.

Pour ce qui concerne le contenu même du parcours, il faut d'abord préciser quelques points autour de la définition pathologique de la transidentité pour comprendre les particularités de ces protocoles médicaux. Le transsexualisme ou syndrome de Benjamin a été élaboré au milieu du XX^e siècle et s'est ensuite stabilisé dans des manuels diagnostiques internationaux, comme le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ou la CIM (Classification internationale des maladies), sous l'intitulé *Trouble de l'identité de genre* (TIG) qui est défini par quatre critères majeurs : une identification intense et persistante à l'autre sexe, un sentiment persistant d'inconfort par rapport au sexe assigné, l'absence d'affection intersexuelle physique et une « souffrance cliniquement significative ». Ce trouble est donc essentiellement conçu comme un trouble psychiatrique fondé sur l'idée d'une incohérence entre sexe et genre, c'est-à-dire au fond sur une conception essentialiste et dualiste de l'identité sexuée des personnes : la personne trans appartient à un sexe mais se dit de l'autre genre. Assez logiquement, les propositions thérapeutiques se sont orientées vers une ré-harmonisation de ces deux dimensions et il y a eu pendant un certain temps une controverse autour du lieu d'intervention : fallait-il intervenir sur le psychisme ou sur le corps ? Les psychothérapies tentées n'ayant pas fait preuve de leur efficacité contrairement aux traitements endocrino-chirurgicaux développés parallèlement, ce sont ces derniers qui se sont progressivement imposés. Reste que le TIG est référencé comme un trouble psychiatrique.

Les protocoles proposés en France, généralement adaptés de standards de soins internationaux (définis entre autres par la *World Professional Association for Transgender Health*) prévoient donc avant toute chose une évaluation psychiatrique de la demande des consultants. Dans les équipes hospitalières, cette évaluation fonctionne assez souvent comme une sorte de sésame d'entrée dans le protocole, même si l'évaluation est pluridisciplinaire et que la prise de décision finale nécessite l'accord conjoint du psychiatre, du psychologue, de l'endocrinologue et du chirurgien. Lorsqu'un consultant fait appel à une équipe hospitalière, il est ainsi reçu plusieurs fois par le psychiatre et le psychologue (ce dernier le soumet à différents tests de personnalité classiques comme le Rorschach ou le MMPI, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) qui s'assurent des critères définis dans le cadre du TIG et de l'absence de psychopathologies associées. Il rencontre aussi l'endocrinologue et le chirurgien qui s'assurent quant à eux de l'absence de contre-indications à la prise d'hormones et à la chirurgie. Cette phase d'évaluation peut durer de quelques mois à un ou deux ans, avant que l'équipe statue sur le dossier et propose ou refuse l'inclusion dans le protocole. Lorsque la demande est acceptée, le « traitement » débute alors avec la prise d'hormones sur une durée d'environ une année avant que la chirurgie puisse être envisagée (et fasse d'ailleurs l'objet d'une seconde décision de la part de l'équipe médicale). Les opérations chirurgicales généralement proposées sont la mammoplastie et la vaginoplastie pour les MtF (*male to female*), la mastectomie, l'hystérectomie, l'ovariectomie, la phalloplastie, et plus récemment la métoïdioplastie¹, pour les FtM (*female to male*) ; d'autres opérations de chirurgie esthétique peuvent aussi être proposées et/ou réalisées parallèlement (visage, épilation, etc.). Il est important de souligner que ces opérations ne sont pas toutes également souhaitées par les personnes trans², beaucoup de FtM par exemple ne souhaitent pas de phalloplastie parce qu'ils ne jugent pas utile d'avoir un néopénis ou parce que l'opération est lourde et risquée du point de vue de son résultat, ni même d'hystérectomie ou d'ovariectomie, soit

¹ Ou métaoïdioplastie : opération qui consiste à libérer le clitoris qui s'est développé sous l'effet de la testostérone le faisant apparaître comme un micro-pénis.

parce qu'ils ne veulent pas multiplier les interventions, soit parce qu'ils veulent préserver leur capacité de reproduction. Cependant la réalisation de ces opérations génitales reste importante pour l'obtention ultérieure du changement d'état civil qui n'est accordé qu'à la condition de faire la preuve de l'irréversibilité de la transformation, irréversibilité que les juges ont pris l'habitude d'associer à la vaginoplastie pour les MtF et à l'hystérectomie et l'ovariectomie pour les FtM même si une circulaire récente du ministère de la Justice leur demande de prendre avant tout en considération les effets de l'hormonation et la manière dont la personne s'inscrit socialement. D'une certaine façon, le juridique vient valider le médical (il est pensé comme l'aboutissement du parcours médical), mais on voit qu'il lui impose aussi sa vision de ce que doit être un corps trans' en exigeant implicitement la réalisation en amont d'un certain nombre de transformations aboutissant à la stérilité des personnes. Dans les deux cas, on peut se demander si c'est bien là son rôle. Contrairement au choix opéré récemment par d'autres pays, comme l'Argentine par exemple, le médical et le juridique restent dans notre pays étroitement dépendants l'un de l'autre et l'un des enjeux majeurs des années à venir tient sans doute dans la re-définition de leur lien.

***Clio* : Quelles sont les caractéristiques propres du « terrain » médical pour un-e anthropologue de la société occidentale contemporaine ?**

D'abord ce terme « terrain » que vous proposez, on peut l'entendre de deux façons : au sens large (celui de l'approche médicale de la transidentité) et au sens plus étroit de lieu d'enquête (qui renvoie à ma présence dans un service hospitalier spécialisé). Dans les deux cas, la place de l'anthropologue ne va pas de soi, même si cela prend des tournures différentes. D'abord, travailler sur l'approche médicale de la transidentité, c'est mettre en perspective l'approche occidentale classique de la question trans-identitaire qui a été définie de longue date en terme pathologique. C'est donc s'aventurer dans un champ très bien balisé, avec beaucoup de spécialistes, beaucoup de littérature (très majoritairement psychiatrique et psychologique) et donc *a priori* avec un

déficit de légitimité que vous êtes plus ou moins sommé de combler : il s'agit toujours – et on vous le demande constamment – de justifier votre intérêt pour la question et surtout de définir votre approche en terme de complémentarité. L'idée plus ou moins explicitement exprimée par beaucoup de mes interlocuteurs médecins est en effet qu'une approche anthropologique n'est légitime et pertinente que si elle s'intéresse aux aspects « étroitement » sociaux de la question trans' (inscription sociale des personnes, intégration professionnelle ou familiale, etc.) et qu'elle vient compléter en quelque sorte la leur. Peu s'attendent à ce qu'elle interroge la manière même dont cette question a été comprise dans nos sociétés, qu'elle s'attache en l'occurrence à questionner l'appréhension pathologique dont elle a fait l'objet, ou encore qu'elle s'intéresse à la manière dont ils travaillent.

Par ailleurs, si l'on entend terrain en un sens plus étroit, la difficulté tient là au fait qu'un dispositif médical « concret » n'est généralement pas prévu pour admettre un observateur et qu'il est difficile d'occuper l'une ou l'autre des places ordinairement disponibles (impossible d'être médecin, infirmière ou psychologue, difficile d'être « patient »). Du coup, on est extrêmement visible car dans l'impossibilité de se fondre dans le paysage comme en d'autres lieux où j'ai enquêté auparavant. En fait, sur ce terrain proche, l'anthropologue peut détonner aussi fortement que sur les terrains les plus exotiques, et son incongruité le rend également difficilement appréhendable par ses interlocuteurs. La façon dont on comprend son objectif et sa place est souvent pleine de malentendus : on se demande ce qu'il fait là et à quoi il peut bien servir. Je retrouve donc là une des difficultés bien connues de la pratique de l'anthropologie classique : être à la fois bienvenu et malvenu, familier et étranger, utile et encombrant.

Par ailleurs, les questions éthiques concernant l'enquête proprement dite se posent ici de manière plus prégnante que dans d'autres terrains. Il est important de penser ces questions en amont et c'est ce que nous avons fait avec l'équipe médicale avec laquelle j'ai travaillé en posant des règles quant à la confidentialité des données et à l'anonymat des personnes. Mais en même temps tout n'est jamais réglé une fois pour toutes. Et ce que j'ai découvert sur ce terrain, et

qui ne s'était pas posé à moi de cette façon sur mes terrains précédents, c'est que l'exigence éthique que nous partageons, mes interlocuteurs et moi, est une question de tous les instants et qu'elle se donne et se joue le plus souvent en contexte, ce qui n'est évidemment pas simple. Compte tenu de cette complexité, il n'est pas étonnant que les anthropologues qui ont proposé des réflexions développées sur les questions de l'éthique en anthropologie soient généralement ceux qui travaillent depuis longtemps sur les questions de santé, et quand j'ai découvert pour ma part ce terrain, leurs réflexions m'ont été précieuses. En fait, ce type de terrain force à la réflexivité ; il m'a obligée plus que d'autres à m'interroger sur ma place, celle que je pouvais/voulais prendre, celle que les uns ou les autres me donnaient ou me refusaient. Et ce questionnement est aussi productif : il m'a donné par exemple à voir et à comprendre des aspects essentiels du dispositif médical.

***Clio* : Quelles seraient les spécificités du regard de l'anthropologue par rapport à d'autres approches, notamment médicales ? Avez-vous l'impression que ces spécificités soient perçues par les différents acteurs avec lesquels vous travaillez ?**

Je crois que la spécificité du regard anthropologique tient dans ses capacités associées de traduction et de mise en perspective. Il s'agit toujours de faire voir un monde et de le faire saisir en tant qu'il est une manière parmi d'autres de voir, de faire, d'agir, etc. J'essaie de tenir ces deux choses dans ma recherche sur l'expérience trans' occidentale en réalisant d'une part, un travail de terrain sur l'approche médicale, c'est-à-dire sur l'un des lieux majeurs de production de la « transsexualité » (entendue comme version médicale de cette expérience) et d'autre part, en proposant des comparaisons entre les manières de comprendre l'expérience trans' ici et les manières de la comprendre ailleurs, notamment dans des sociétés historiquement et/ou géographiquement éloignées. Ces deux dimensions de mon approche ont évidemment pour effet de déconstruire la conception dominante de la question trans' et notamment sa conception médicale puisque cela revient à montrer certaines de ses caractéristiques, montrer la façon dont elle fonctionne théoriquement (questionner

des catégories pathologiques longuement élaborées) et pratiquement (que deviennent ces catégories dans la pratique ? Que devient le TIG dans un dispositif médical concret ? Comment est-il utilisé ? etc.). Cela revient à faire émerger des questions qui ne se posent pas ordinairement : par exemple pourquoi s'intéresse-t-on autant à la sexualité des trans' dans la clinique du transsexualisme alors même que ce syndrome a été défini comme un trouble de l'identité de genre et non pas comme un trouble de la sexualité ? Pourquoi est-on prêt à imposer plus ou moins explicitement une hystérectomie à quelqu'un qui pourrait/voudrait s'en dispenser sans même envisager qu'on est en train de le priver de ses possibilités d'être parent ?

On voit bien que cette déconstruction est susceptible d'intéresser et/ou de déconcerter mes interlocuteurs selon leurs positions, leurs intérêts et leurs objectifs. Et d'ailleurs souvent ils l'entendent un peu de travers, soit parce qu'ils pensent que montrer les modalités de constitution de leur version de l'expérience trans' suffit à la disqualifier – or ils tiennent logiquement à cette version qu'ils ont mis du temps à élaborer, qui leur est utile car elle soutient quotidiennement leur action ; soit encore parce qu'ils reçoivent les conceptions alternatives portées dans d'autres sociétés comme de simples modèles à imiter, ce qu'ils ne sont évidemment pas prêts à faire et ce qui les amène assez souvent à un relativisme culturel de repli (« eux c'est eux, nous c'est nous, et leur conception ne nous est d'aucune utilité ») ou bien à une réinterprétation ethnocentrique qui préserve l'essentiel (« l'expérience trans' est une pathologie dans tous les univers mais ailleurs on traite cette pathologie simplement autrement »). Il faut alors trouver les moyens de lever ces malentendus et c'est là que l'attention portée à la traduction est importante. Il faut essayer de rendre les expériences trans' non occidentales dans leurs singularités, montrer par exemple qu'elles se fondent sur une conception du genre différente de la nôtre mais une conception qui ne nous est pas pour autant étrangère, de façon à faire saisir ou du moins à essayer de faire saisir que les manières autres de comprendre et de vivre l'expérience trans' ne sont pas des « solutions » à nos problèmes, ni même des réponses à nos questions, mais bien des occasions de les poser autrement, c'est-à-dire aussi de

les transformer. Par ailleurs, la traduction anthropologique des pratiques médicales que je propose essaie également d'être respectueuse des positions et des points de vue de mes différents interlocuteurs : elle ne doit pas seulement montrer ce qu'ils font sous un angle différent mais ils doivent également s'y reconnaître, elle doit aussi leur rendre justice. Si ma traduction est réussie, mes interlocuteurs doivent à la fois se reconnaître dans les descriptions que je propose de leurs pratiques et de leur monde, faute de quoi j'ai perdu quelque chose de l'expérience que j'essaie de rendre, mais aussi les rendre capables de voir autrement les attendus et les évidences non questionnées, les choses aussi qui les contraignent et dont peut-être ils pourraient se déprendre.

***Clio* : La transsexualité semble au centre d'une accumulation de savoirs qui connaissent de rapides évolutions mais qui sont aussi l'objet de débats constants. Comment travaillez-vous avec ces paramètres ?**

On peut repérer des controverses et des débats depuis la naissance même du « transsexualisme », controverses qui ont opposé notamment, psychanalystes, sexologues, psychiatres. Ces débats ne sont pas complètement éteints mais ils sont désormais très atténués au sens où la définition en termes de trouble de l'identité est celle qui a en quelque sorte triomphé. Les débats les plus vifs actuellement opposent très grossièrement des collectifs trans' et des médecins et notamment des psychiatres autour justement de la définition même de ce qu'est la trans-identité mais aussi autour des savoirs des uns et des autres, une sorte de conflit d'expertise : qui est expert de la question ? Les professionnels de santé ou les personnes concernées ? Ce nouveau débat s'inscrit dans un mouvement plus général de prise en considération de l'expérience des patients et est à relier aussi à la montée en puissance des associations militantes trans' qui s'est dessinée en France à partir des années 1990 et qui s'est surtout affirmée dans la dernière décennie qui a vu la naissance de plusieurs dizaines d'associations en quelques années. Ce mouvement militant, comme beaucoup d'autres, est à la fois local et global : les associations ont un ancrage régional affirmé (pour une aide de

proximité souvent) mais aussi des liens nationaux et internationaux pour porter des revendications plus larges comme celle de la dépsychiatisation de la question trans' par exemple à l'occasion de la réforme du DSM. Parallèlement, s'est organisée très récemment à l'occasion de consultations et de rapports ministériels (HAS / Haute Autorité de Santé ; IGAS / Inspection Générale des Affaires Sociales) sur la question trans', ce qu'on peut tenir pour une « militance professionnelle » avec deux associations de professionnels de la santé et de juristes nées au cours des deux dernières années. Travailler dans ce contexte demande donc une adaptation constante car tout bouge très vite, les approches, les positions, les oppositions, les débats, etc. à tel point que je peux dire que le terrain de mes débuts, il y a moins de dix ans, n'est absolument plus le même. L'autre difficulté, c'est de ne pas perdre la complexité des positions dans le cadre de débats aux enjeux importants et qui sont donc la plupart du temps extrêmement vifs. Le caractère très conflictuel de ces débats peut pousser le chercheur sur la pente dangereuse de la typification surtout que les acteurs en présence ont tendance eux aussi à typifier leurs « adversaires ». Cela demande donc une vigilance assez importante pour garder toute la complexité des positions, toute la complexité des débats et de leurs ramifications derrière des blocs trop vite vus comme monolithiques : il y a de nombreuses lignes de divergence par exemple au sein du mouvement militant trans', de même qu'au sein des associations de professionnels. Enfin le troisième point qui me semble important dans un tel cadre, c'est la place même de mes propres productions. On comprend aisément que les propos que je peux tenir dans des colloques ici ou là, que les papiers que je peux écrire n'ont aucune chance de rester confinés dans l'univers académique, mais vont être au contraire lus, commentés, critiqués, « embarqués » de manière générale dans les débats et les controverses en cours. Ce n'est évidemment pas un problème en soi et d'ailleurs de façon générale je participe à cette mise à disposition de mes textes que je dépose en libre accès sur des sites d'archives ouvertes, mais cela demande aussi de réfléchir à leur contenu au-delà des habituelles exigences académiques.

***Clio* : Parmi les savoirs accumulés sur la transsexualité, quelle place ont tenu par le passé les savoirs médicaux ? Quelle place tiennent-ils aujourd'hui ? Comment décririez-vous l'état des différents savoirs et leur circulation ?**

De manière générale, ils ont été forts et le sont encore à la fois en raison de la définition pathologique de la transidentité et aussi du fait des transformations corporelles proposées et souhaitées. Mais vous avez raison de les parler au pluriel et pour répondre il faudrait les distinguer notamment en termes disciplinaires car la psychiatrie, l'endocrinologie ou la chirurgie par exemple se positionnent différemment en termes de légitimité, d'évolution et d'utilisation. La psychiatrie a été centrale puisqu'elle a participé à la conceptualisation du TIG et elle est encore importante puisque son expertise est toujours requise dans les protocoles contemporains mais en même temps sa légitimité est remise en question notamment par les revendications militantes de dépsychiatisation. Les savoirs psychiatriques sur la question trans' sont donc à la fois forts et fragiles et leur avenir est incertain ; d'ailleurs les tentatives de modification du TIG dans le cadre de la réforme actuelle du DSM, avec des propositions nouvelles puis des revirements et des replis sur l'ancienne version, sont tout à fait symptomatiques de cette place paradoxale et inconfortable. Les autres savoirs impliqués, endocrinologiques et chirurgicaux, sont moins problématiques car ils sont plus immédiatement perçus comme « techniques » : ils proposent des molécules et des opérations et ceux qui les portent comme ceux qui y font appel les considèrent en terme de compétence et même souvent de compétence individuelle. Leur légitimité n'est donc jamais mise en cause, mais leur actualisation peut l'être comme on le voit lorsque tel ou tel critique un confrère ou encore lorsque des personnes et des collectifs trans' disqualifient, ou au contraire vantent, la compétence de tel ou tel chirurgien. L'avenir de ces savoirs n'est pas incertain et leur tâche essentielle consiste à s'affiner et à s'améliorer (maîtriser de mieux en mieux les traitements hormonaux et leurs effets, améliorer les techniques opératoires, proposer des opérations qui rendent les néo-organes plus sensibles et plus esthétiques, etc.). Du fait de cette situation, la question de leur coordination qui s'était stabilisée dans le cadre des protocoles,

redevient implicitement une question ouverte. L'évaluation psychiatrique permet toujours actuellement de garantir la légitimité et le bien-fondé d'une intervention qui pourrait dans certaines conditions être comprise comme une mutilation, mais cette évaluation permet-elle un diagnostic sûr quand ce qui la fonde est objet de controverse ? Pourrait-on s'en passer, comment et à quelles conditions ? Doit-on continuer à refuser les demandes de transformations partielles parce qu'elles posent problème aux psychiatres ?

La question de la légitimité des savoirs se pose également d'une autre manière au regard de leur appropriation interne mais aussi externe. Il y a ainsi des conflits de légitimité sur le diagnostic et les prescriptions faites dans ou hors protocole hospitalier : pour certains, par exemple, la prise en charge du TIG ne saurait se faire en dehors des équipes spécialisées et les médecins libéraux, même informés, ne sont pas considérés comme des prescripteurs indépendants légitimes. Par ailleurs, ces savoirs médicaux ne sont pas seulement l'apanage de professionnels, et comme en d'autres lieux, ils sont l'objet d'une appropriation « profane » mais néanmoins experte ou expérimentée. Les personnes trans' deviennent, en effet pour un certain nombre d'entre elles, très compétentes en la matière et elles sont parfois en situation de faire des propositions permettant leur transformation. Il y a, par exemple, des discussions nourries et savantes sur les forums ou dans les réunions associatives sur les traitements hormonaux et des partages d'expérience ou des débats avec les médecins prescripteurs. D'autres fois, l'appropriation de ces savoirs est plus stratégique et se donne comme une instrumentalisation de savoirs tenus *a priori* pour illégitimes ou sans fondement : on échange ainsi beaucoup sur les critères du TIG et sur ce qu'il convient de dire à un psychiatre pour bénéficier des opérations qu'on souhaite réaliser. On ne cherche donc pas, dans ce cas, à discuter avec un professionnel du bien-fondé de son approche diagnostique ou thérapeutique mais plutôt à répondre à ses attentes pour obtenir ce que l'on souhaite.

Clio : On sait la place qu'a tenue la transsexualité dans l'élaboration théorique du concept de genre. Votre travail anthropologique vous a-t-il conduit à revoir ce concept ?

Comme vous le soulignez, la notion de genre est née dans la clinique du transsexualisme et de l'intersexualité avant d'être reprise dans les sciences sociales et les travaux féministes. Cela a évidemment un impact sur mon propre travail puisque le genre n'est pas seulement un outil d'analyse à ma disposition mais aussi une notion que mes interlocuteurs et moi avons en partage. Ce partage n'est pas l'indice d'un accord car, si tout le monde ou presque tout le monde l'emploie, force est de constater que ce n'est pas forcément pour désigner la même chose ni même pour faire la même chose. De façon grossière, on trouve dans le cadre de la transidentité, deux grandes références au genre : le genre de la version transsexualiste et le genre de la version *queer* qui sont toutes deux fondatrices et fondamentales pour saisir les versions de l'expérience trans' contemporaine.

Dans la version transsexualiste, le genre reste fondamentalement une caractéristique, une propriété des personnes. Il dénaturalise moins qu'il ne complexifie la description possible des personnes. Dans cette version, les trans' sont pensables parce qu'il y a du sexe et du genre et qu'il est possible de décrire leur situation en terme d'incohérence : genre et sexe sont en contradiction mais on peut/doit les ré-harmoniser. Dans la version *queer*, historiquement seconde, il y a au contraire une volonté plus claire de dénaturaliser et dés-essentialiser la question et de dépasser la césure sexe/genre (entendue comme césure nature/culture). Quand la pensée *queer*, disons première vague, s'empare du sexe/genre, ce n'est pas pour dire, comme le faisaient la psychologie et la sexologie auparavant, que l'identité *de genre* importe autant, sinon plus, que l'identité *de sexe* (ce qui a permis historiquement de développer les transsexuations). La pensée *queer* s'empare du sexe/genre pour dire qu'il n'y a pas d'identité de sexe-genre, qu'il n'y a que des *performances* de sexe-genre. Mais cette première performativité *queer* était sans doute très/trop discursive et nombreux ont été ceux qui l'ont critiquée, notamment des chercheurs et des militants trans' qui ont souligné l'oubli du corps. On sait, par exemple, que Judith Butler a essayé d'y répondre avec *Ces corps qui comptent* (sans toujours convaincre ses critiques d'ailleurs) et que, dans ses derniers ouvrages, le corps est aussi présent à travers la question de la vulnérabilité. Quoi qu'il en soit, les perspectives *queer* ultérieures

vont faire un effort pour dépasser, autrement que discursivement, cette césure sexe/genre, notamment en s'intéressant aux multiples « technologies de genre » au-delà du drag en montrant comment, *via* des hormones, du viagra et des bistouris, nous fabriquons tous notre sexe-genre. En même temps cette nouvelle approche reste fondée sur la notion de performativité et, au fond, il s'agit toujours de faire quelque chose *soi-même* pour produire son identité sexuée. L'usage subversif de ces technologies permettant d'ailleurs de constituer des identités alternatives multiples qui sont données comme autant de manière d'échapper au binarisme homme/femme. Il me semble que, dans un certain nombre de cas, ce faisant, on reproduit simplement en le multipliant ce qu'on voulait dépasser à savoir une version identitaire du genre. On échappe certes au binarisme mais moins que prévu, à la notion d'une identité sexuée. En outre, je perçois aussi une difficulté à penser ce qui échappe au sujet (l'au-delà de la performance), autrement que par un recours paradoxal à la biologie (on va parfois vanter par exemple « le pouvoir des hormones ») ou par une référence souvent abstraite aux normes.

Il me semble que l'approche relationnelle qui s'est développée en anthropologie à partir des travaux de Marilyn Strathern² est moins dans l'impasse de ce point de vue car elle s'est constituée à partir d'une confrontation à des conceptions véritablement alternatives des personnes, des conceptions développées dans d'autres sociétés où l'on tient moins aux catégories (homme/femme) qu'aux statuts (frère, époux, mère, etc.) comme le montrent aussi les travaux présentés dans l'ouvrage collectif dirigé par Catherine Alès et Cécile Barraud³. Dans ces sociétés, les personnes ne sont pensées ni comme les simples produits d'autres corps ni non plus comme les produits de performances égocentrées mais comme les produits de relations. Les relations ne sont pas ici secondes, au sens où elles seraient des activités auxquelles se livrent des individus préalablement pourvus

² *The Gender of the Gift*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press, 1990. Cf. aussi Irène Théry qui développe cette approche relationnelle notamment dans son ouvrage *La distinction de sexe*, Paris, Odile Jacob, 2007.

³ *Sexe relatif ou sexe absolu ?* Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2001.

d'une identité (que ce soit par une exo ou une auto-identification) ; bien au contraire les relations fondent les personnes y compris dans leur matérialité même (le corps) et les organes et les substances fondent conjointement les relations car le corps n'est pas seulement ce qui nous individue, il est aussi ce qui nous relie aux autres. C'est pourquoi Marilyn Strathern peut dire dans *Gender of the Gift*, que « les femmes occidentales font les enfants, les femmes mélanésiennes non ». En outre, l'approche relationnelle en préférant le statut à la catégorie et la relation à la performance, me paraît plus apte à saisir la labilité des engagements des personnes. La pensée *queer* se donne ou est donnée parfois comme le dernier avatar de l'idéologie individualiste moderne en ce qu'elle serait un refus des assignations (« Je ne suis pas ce que vous dites que je suis »), une demande de mobilité (« Je suis ceci mais je peux/veux/vais changer ») et une revendication de pluralité (« Je suis ceci mais je suis aussi cela »). Ce qui suscite parfois une levée de bouclier de nombre d'opposants qui viennent dire que les identités c'est bien plus solides que cela et/ou qu'on ne veut pas de ces bouleversements identitaires. Or ces revendications attribuées à la pensée *queer* ne sont finalement rien d'autres que l'ordinaire de toute vie sociale, mais pour voir cela, il faut abandonner la version identitaire, il faut sortir de l'opposition performance/normes et entrer dans le jeu institué des attentes et des possibles. Dans toutes les sociétés, en effet, les statuts font de nous des êtres mobiles, ils font de nous des êtres pluriels et ils nous offrent aussi des possibilités diverses d'engagement allant de l'acceptation au refus en passant par la négociation. Autrement dit, notre théorie ne décrit pas nos pratiques et le genre est pour nous aussi une modalité d'action et de relation : il est un « faitiche » au sens de Bruno Latour, c'est-à-dire quelque chose qui nous fait faire, qui nous fait agir d'une certaine manière, à la fois « comme » et « en tant que ». Cette façon de comprendre les choses m'a été par exemple très utile pour saisir l'expérience singulière et *a priori* déconcertante de T. Beatie et des autres hommes enceints qui engendrent « à la manière des femmes en tant qu'homme ».