



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

La place du désir dans la dysphorie de genre : une étude qualitative auprès de personnes transgenres sous traitement de réassignation sexuelle



The place of desire in gender dysphoria: A qualitative study of transgender people undergoing gender reassignment treatment

Pascale Pécoud, Friedrich Stiefel, Dana Pamfile, Céline Bourquin*

Service de psychiatrie de liaison, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 5 novembre 2020

Accepté le 1^{er} mars 2021

Disponible sur Internet le 18 mars 2021

Mots clés :

Dysphorie de genre

Étude qualitative

Identité de genre

Phénoménologie

Psychiatrie

Réassignation sexuelle

Transgenre

RÉSUMÉ

Objectifs. – Le DSM-5 définit la dysphorie de genre comme une souffrance marquée générée par un sentiment d'inadéquation par rapport au sexe biologique. Puisque la dysphorie de genre n'est pas déterminée par des éléments biologiques, psychologiques et culturels, le diagnostic repose principalement sur l'anamnèse et le récit des personnes transgenres. Cette étude qualitative explore l'expérience du développement de l'identité transgenre chez des patients engagés dans des traitements de réassignation sexuelle.

Méthodes. – Des entretiens individuels ont été menés avec neuf patients adultes suivis à une Consultation de dysphorie de genre. L'*Interpretative Phenomenological Analysis* a été utilisée comme méthode d'analyse des données.

Résultats. – Les participants décrivent le développement de leur identité transgenre comme un désir, celui de pouvoir vivre et être reconnus par la société dans un corps culturellement associé au genre opposé. Ce désir, qui relève de l'affectif et non du cognitif, naît souvent suite à des déclencheurs et s'exprime de manière variée selon leur biographie et leur rapport au monde. Des éléments contextuels influencent l'évolution de ce désir en favorisant ou en freinant le cheminement de la construction identitaire de genre.

Discussion. – L'analyse des entretiens met en évidence l'importance du désir dans le développement de l'identité transgenre. Ce résultat permet de penser autrement la condition des personnes transgenres en la situant au-delà d'une perspective médicale classique qui distingue le normal du pathologique.

Conclusion. – L'enjeu pour l'expert-psychiatre est de saisir les différentes manières d'expression du désir et de lui permettre d'émerger librement, d'évoluer, de s'exprimer et de se réaliser. Son rôle ne saurait donc se limiter au « *gatekeeping* » des traitements de réassignation sexuelle. Il accompagne les personnes transgenres dans leurs trajectoires.

© 2021 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

ABSTRACT

Objectives. – The DSM-5 defines gender dysphoria as a significant distress caused by the experience of an incongruence with regard to the person's biological sex. The diagnosis of gender dysphoria, not determined by biological, psychological and cultural elements, relies primarily on the anamnesis and the narrative of the transgender persons.

Method. – Individual interviews were conducted with a sample of nine patients consulting a gender dysphoria consultation, who benefited from sexual reassignment treatments. The interviews were analyzed with the *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA).

Keywords:

Gender dysphoria

Gender identity

Phenomenology

Psychiatry

Qualitative research

Sexual reassignment

Transgender

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : celine.bourquin@chuv.ch (C. Bourquin).

Results. – Participants describe the development of their transgender identity as a desire to live in a body, which is culturally assigned to the opposite gender, and to be recognized by society as such. This desire – related to affects and not cognitions – is triggered by events, such as the experience of being attracted to persons with the same sex, but without feeling homosexual, or by differences experienced with same-sex peers during socialization. The desire is experienced at various stages of the development and expressed in various ways, depending on the person's biography and his way of being in and relating to the world. When the desire emerges, it is more or less easily welcomed, and at times also repressed; a consequence of this repression may be, that the body as place of this desire may be attacked. In this last situation, the dysphoric state may be caused by the impossibility to accept and to realize the emerging desire. Contextual elements, such as being forced for professional reasons to clarify the transgender issue or the encounter with a key person, move the evolution of this desire. On the contrary, negative attitudes of family members or significant others may impede gender identity formation.

Discussion. – The analysis of these narratives allowed to consider the condition of transgender persons not only as dysphoria, and thus situate it in a traditional medical perspective which distinguishes between normal and pathological, but also to conceive it as a “career” towards the possible and desirable. While, the term dysphoria relates to a problematic side of the transgender condition, we consider that the perspective of a desire provide a more constructive way to conceive transgender identity.

Conclusion. – The challenge for the expert-psychiatrist is to grasp the different expression of this desire and to allow it to freely emerge and evolve, and to express and realize itself. The role of the psychiatrist is thus not limited to be a “gatekeeper” in the treatments of sexual reassignment, but to accompany transgender persons in their career of gender transition. As such, the psychiatrist adopts a therapeutic stance, which aims—as in other conditions—to help that desires can circulate more freely.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

La dysphorie de genre est définie par une souffrance marquée générée par un sentiment d'inadéquation par rapport au sexe biologique. Même si la tendance actuelle dans les sociétés occidentales va vers une dé-pathologisation et dé-psychiatriation [1], l'identité transgenre reste un diagnostic psychiatrique selon le DSM-5, actuellement nommé « dysphorie de genre ». Dans la CIM-11, il est prévu de remplacer dès 2022 le terme transsexualisme par « incongruence de genre ». Alors que ces nouvelles appellations réfèrent moins à un trouble psychiatrique, il revient au psychiatre de poser ce diagnostic au moyen d'une évaluation clinique et de poser l'indication à un traitement de réassignation sexuelle (hormonothérapie et interventions chirurgicales) [19]. Le diagnostic de dysphorie de genre présente en outre la particularité de reposer principalement sur l'anamnèse et le récit. Le discours des patients concernant leur vécu corporel, leur identité et le développement de leur identité transgenre a donc une place particulièrement importante lors de l'évaluation psychiatrique et oriente la suite de la prise en charge. Sengenès (2004) écrit à ce sujet que les récits des patients transgenres concernant leur identité prennent beaucoup de place au début de la réassignation car ils permettent de revisiter la formation de l'identité de genre et apportent une cohérence à l'histoire personnelle. Cette narration et le besoin de se raconter deviennent moins intenses dès lors que le processus de transition avance [21].

En ce qui concerne le développement de l'identité de genre, différents modèles explicatifs ont été développés pour rendre compte des facteurs psychoaffectifs, cognitifs et sociaux en jeu [4,5]. D'après Kohlberg (1966), la construction de l'identité de genre passe par plusieurs étapes : c'est entre l'âge de six et sept ans que l'enfant parvient à intégrer que le sexe est déterminé par l'appareil génital et qu'il est stable au cours du temps et selon les situations (acquisition de la constance de l'identité de genre) [9]. D'autres auteurs comme Stoller [22] (1990) et Chiland [6] (2003) prennent en considération les aspects affectifs susceptibles de déterminer le développement du genre. Chiland (2003) insiste en effet sur le rôle de l'entourage de l'enfant et en particulier des parents aux yeux desquels l'enfant a d'emblée un sexe et donc un genre, souvent même avant la naissance. Le sexe et le genre,

questionnés depuis des décennies par les sociologues, certains psychiatres, activistes ou féministes sont encore majoritairement pensés comme indissociables dans nos sociétés [22].

S'agissant du développement de l'identité transgenre, Devor (2004) a proposé un modèle en 14 étapes [7]. Les premières sont marquées par une anxiété et une confusion identitaire concernant le genre et le sexe assigné. S'ensuivrait une phase de découverte de l'identité transgenre incluant des moments de doute pour aboutir à une phase d'acceptation de l'identité transgenre, à un souhait de transition et à l'acceptation du genre post-transition. Les dernières étapes correspondent souvent à un vécu d'intégration du nouveau genre, accompagné d'un sentiment de fierté.

Sur le plan empirique, Cavanaugh a mené une étude phénoménologique sur le vécu des personnes transgenres et sur les difficultés rencontrées dans l'enfance, durant la transition et par la suite durant leur vie adulte [3]. Il ressort de cette étude que les participants décrivaient leur vie comme une série de luttes, ils se sentaient différents et confus par rapport à qui ils étaient, adoptant diverses stratégies pour faire face à ces vécus. Dans une étude qualitative récente avec des jeunes transgenres et leurs parents, trois trajectoires-types ont pu être identifiées : des enfants qui s'affirment très tôt, des enfants qui demeurent silencieux quant à leur identité transgenre et des enfants chez qui cette identité se réveille seulement lors de la puberté [16]. Enfin, Mason-Schrock s'est intéressé aux discours de patients transgenres en phase préopératoire au sein d'un groupe de soutien et avance que ces discours se construisent, en partie, dans le cadre du groupe et dans l'interaction [14].

Il n'a pas été démontré que la dysphorie de genre est déterminée par des éléments biologiques, psychologiques ou socioculturels [11]. Le diagnostic repose donc principalement sur l'anamnèse et le récit des personnes transgenres. Cela nous a incités à donner voix aux personnes concernées et à entendre leur expérience du développement de leur identité transgenre.

L'approche adoptée est phénoménologique, consistant en une exploration des phénomènes observés sans cadre de référence disciplinaire et en partant de l'expérience vécue en première personne [26]. Il s'agit, comme en ethnographie [23], de tenter de suspendre momentanément les préconceptions pour laisser place à la rencontre du phénomène qui se présente. Le regard se porte sur

les dimensions existentielles vécues, telles que le rapport au corps, à autrui, au temps et à l'espace. Nous nous sommes appuyés dans le cadre de cette étude sur la méthode de recherche et d'analyse que constitue l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA), complétée par une réflexion clinique et théorique [24].

Attendu que l'étude est ancrée dans un contexte clinique et que les participants sont suivis dans un service de psychiatrie ambulatoire, nous utilisons dans cet article le terme « patient » plutôt que « personne » pour désigner les participants de l'étude.

2. Méthode

2.1. Participants

Les participants de l'étude ont été recrutés dans le cadre de leur suivi à la Consultation de dysphorie de genre du Service de psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) en Suisse. Neuf patients adultes, chez lesquels un diagnostic de dysphorie de genre a été retenu et qui étaient engagés, au moment de l'étude, dans un processus de réassignation sexuelle (à différentes étapes, mais tous sous hormonothérapie), ont accepté de participer. Cinq des neuf patients étaient des personnes transgenres homme à femme et quatre femme à homme, tous s'identifiaient à une catégorie de genre binaire. Les participants étaient âgés de 25 à 50 ans.

2.2. Collecte des données

Trois psychiatres de liaison (PP, DP, FS), faisant partie des intervenants de la Consultation de dysphorie de genre, mais ne suivant pas les participants qu'ils interviewaient, ont conduit les entretiens. De type semi-structuré, les entretiens reposaient sur un guide d'entretien s'articulant autour de deux parties. La première partie était composée de deux sous-parties : 1) le moment et le contexte de prise de conscience de l'identité transgenre, l'expérience vécue et les éventuelles évolutions de l'identité transgenre par la suite ; 2) le sens donné au fait d'être un homme respectivement une femme (Q4 : qu'est-ce que cela veut dire pour vous d'être un homme ? Q5 : qu'est-ce que cela veut dire pour vous d'être une femme ?). La seconde partie du guide portait sur le choix du nouveau prénom dans le contexte du changement d'identité ; ce sujet est traité dans un autre article. Le guide d'entretien a été piloté auprès de deux psychiatres cliniciens travaillant au sein du Service de psychiatrie de liaison du CHUV.

D'une durée comprise entre 16 et 50 minutes, les entretiens ont été audio-enregistrés et transcrits intégralement.

2.3. Analyse des données

L'IPA [24] a été utilisée comme méthode d'analyse des données. Partant des récits produits par les participants, cette méthode permet d'explorer les processus à travers lesquels les participants donnent sens à leur expérience. Selon Smith, le chercheur joue un rôle majeur dans l'analyse, les processus réflexifs des participants et des chercheurs devraient donc se rejoindre pour constituer le récit analytique [18].

Deux des auteurs (PP, DP) et une chercheuse, issue des sciences sociales et intégrée de longue date dans le Service de psychiatrie de liaison (CB), ont procédé ensemble à l'analyse des entretiens transcrits en identifiant les principaux thèmes et leurs interconnections. L'analyse a été menée de manière à aboutir à une compréhension globale de l'ensemble des entretiens. Les résultats préliminaires ont été discutés en profondeur au sein de l'équipe de recherche formée par l'ensemble des auteurs. Le récit analytique

constituant les résultats de l'étude – nourri d'extraits d'entretiens illustrant les résultats – découle de ce travail en commun.

2.4. Éthique

Tous les patients ont donné leur consentement informé et le protocole de l'étude (numéro 67/14) a été approuvé par la commission d'éthique locale (CER-VD).

3. Résultats

Les participants décrivent le développement de leur identité transgenre comme un désir : celui de pouvoir vivre et être reconnu par la société dans le genre culturellement associé au sexe opposé, ou pour le moins, de quitter la partie biologiquement sexuée du corps. Dans leurs récits, ce désir naît souvent suite à ce que nous avons appelé des *déclencheurs* et s'exprime de manière variée selon la biographie des participants et leur rapport au monde. Des éléments contextuels influencent, par ailleurs, l'évolution de ce désir en favorisant ou en freinant le cheminement de la construction identitaire, comme nous allons le voir.

3.1. Déclencheurs du désir transgenre

Pour certains participants, le désir transgenre est déclenché par un contexte particulier, celui de l'école ou d'activités récréatives. Il se manifeste, par exemple, par un désir d'appartenir au groupe de ceux de l'autre sexe, de s'habiller comme ces derniers ou de changer des comportements socialement genrés (par exemple, uriner en position debout ou assise).

« [...] je l'ai vraiment senti quand je suis entrée à l'école [...] j'avais 5 ans quand je suis entrée en, c'était en enfantine, c'est là que j'ai senti qu'il y avait une différence et que je n'étais pas dans mon corps. Quand j'ai vu qu'il y avait les filles et les garçons et que moi j'étais avec mes robes [...] j'étais là, "mais pourquoi je ne peux pas mettre de pantalons", "pourquoi je peux pas avoir les cheveux courts". J'ai vu qu'il y avait une gêne déjà avec mon corps » (participant 7).

« [...] Je m'en rappelle très bien, j'avais quatre ans, je crois, et puis j'étais avec des copains, puis à ce moment-là ils ont tous voulu aller euh, on jouait dehors, puis ils ont tous voulu aller aux toilettes, mais eux ils avaient pas besoin d'aller aux vraies toilettes, ils sont allés dehors, puis moi j'ai dû aller aux toilettes à l'intérieur, puis c'est là que je me suis dit "mais pourquoi moi je ne peux pas faire comme eux", puis j'ai pas compris pourquoi j'étais différent en fait » (participant 9).

Pour d'autres participants, l'attraction sexuelle représente un déclencheur du désir de changer de corps pour se sentir en harmonie avec le genre éprouvé. Ainsi, au moment de la préadolescence ou de l'adolescence, certains participants racontent avoir commencé à ressentir une attraction pour les personnes de même sexe et avoir perçu que cette attraction n'était pas de nature homosexuelle, c'est-à-dire qu'ils se vivaient fantasmatiquement dans le genre opposé au genre attribué.

« [...] j'étais à l'école en fait, puis j'ai vu une fille que j'ai trouvée jolie en fait, puis je me demandais c'était bizarre parce que je la trouvais plus que jolie (rires). Puis au début j'avais pas connaissance de la transsexualité, donc pour moi je me suis dit "c'est bizarre". Même l'homosexualité, personne n'en parlait, donc je ne savais pas trop, puis je me disais "mais c'est bizarre parce que je la regarde bizarrement en fait". Puis en fait, j'étais attiré par elle, mais j'ai mis des mots là-dessus bien

plus tard [...] en faisant des recherches sur Internet » (participant 8).

Un participant évoque en outre une expérience sexuelle traumatique à l'adolescence. C'est donc suite à un évènement pénible (déclencheur), qui se situe à l'opposé du désir, que l'identité transgenre s'est manifestée pour la première fois.

« [...] j'ai vécu des choses avec des garçons au pays et c'était avec un garçon plus âgé et en fait ça s'est pas tellement bien fini, puisqu'il m'a utilisé en fait. Disons, moi j'étais jeune et lui, il était plus âgé et je ne sais pas si ça vient de ça, mais je ne me sens plus fille depuis ça, je veux plus » (participant 5).

3.2. Le cheminement du désir transgenre et son évolution

Le désir d'expérimenter et de vivre l'identité transgenre se manifeste de différentes manières chez les participants de notre étude. Certains rapportent comment ils ont permis à ce désir de se développer et de s'exprimer, sans réelle souffrance, comme un phénomène naturel qui s'impose.

« [...] je l'ai fait vraiment lentement, très lentement, très lentement, très lentement, puis voilà je trouvais ça ouais naturel quoi [...] C'est d'être moi, moi on va dire » (participante 3).

Dans cette même configuration où le désir est autorisé, voire encouragé, certains participants expliquent avoir entamé une recherche identitaire profonde avec une volonté affirmée de sortir de « l'étiquette homosexuelle » et de comprendre la nature de leur identité. D'autres relatent avoir essayé par des aménagements externes de se rapprocher de l'apparence du genre désiré, que ce soit par leur habillement ou par leur coupe de cheveux (par exemple, porter les cheveux courts ou longs).

À l'inverse, chez d'autres participants, le désir de vivre l'identité transgenre est réprimé ou relève même de l'interdit. L'impression de ne pas faire partie de la normalité cis-genre est vécue comme menaçante et génère une souffrance, marquée par le sentiment d'être atteint d'une maladie incurable ou d'être un monstre. Ce clivage entre corps et esprit entraîne chez certains un profond mal-être.

« Comme je ne savais pas qui j'étais vraiment, j'avais peur de terrifier les gens ou que j'étais un monstre [...] j'ai préféré garder tout pour moi » (participant 7).

D'autres participants, ici des femmes trans, disent avoir réprimé leur désir de vivre l'identité transgenre en surinvestissant leur corps biologique pour lutter contre le sentiment profond et constant d'appartenir à l'autre sexe.

« Je faisais vraiment mec-mec pour pas qu'on devine peut-être qu'est-ce que je suis à l'intérieur et puis tout ça » (participante 3).

Enfin, le désir de vivre l'identité transgenre peut donner lieu à des attaques du corps, lequel se trouve malmené par des automutilations ou une restriction alimentaire sévère (anorexie secondaire). Ces attaques peuvent être considérées comme des moyens pour exorciser ce corps qui ne correspond pas au corps souhaité.

« Je voulais pouvoir sortir de ce corps où j'étais coincé. Donc, je voulais, j'avais tellement mal à l'intérieur, que je voulais me faire mal ailleurs pour arrêter de souffrir toujours. [...] Je ne pleurais pas forcément, mais ouais ça brûlait, alors une fois j'ai pris et je me suis coupé, mais je n'ai jamais été au point où je devais venir à l'hôpital. Je me suis juste fait pour avoir mal » (participant 9).

3.3. Éléments contextuels favorisant le désir de vivre l'identité transgenre

Il ressort du matériel analysé que des éléments contextuels sont susceptibles de favoriser le désir de vivre l'identité transgenre. Ainsi, une participante raconte qu'avoir pu se travestir en femme dans le cadre de son travail dans un cabaret lui a permis de tester sa « crédibilité » en tant que femme, ce qui l'a aidée à affirmer son désir. Un participant remarque qu'il a été « forcé » dans un contexte professionnel à clarifier son appartenance de genre et que cela a constitué pour lui un renforcement de son désir de changement de sexe.

« J'ai rencontré des gens ici qui m'ont dit [...] "mais vous, qu'est-ce que vous voulez, vous qu'est-ce que vous ressentez, qu'est-ce que vous préférez qu'on vous dise [Monsieur ou Madame] ?" et ça m'a fait réfléchir » (participante 4).

Un autre élément qui semble encourager le désir de changement est la rencontre avec une personne-clé qui permet d'envisager un traitement de réassignation sexuelle. Les personnes auxquelles il est fréquemment fait référence sont les médecins et, plus spécifiquement, les psychiatres. Ceux-ci sont décrits comme bienveillants et le lien de confiance créé avec eux favorise le sentiment que le vécu est légitime, ce qui est considéré comme rassurant, atténuant même les craintes quant aux traitements.

« J'ai rencontré un homme [psychiatre], puis je lui ai parlé de cela, je lui ai dit que [...] je ne voulais pas rester comme cela, j'étais pas bien et puis ça a été une délivrance car c'est le premier qui m'a compris puis c'est le premier qui m'a aidé à avancer dans ma démarche. Il m'a dit "mais moi je peux t'aider, je sais comment on fait" [...] j'avais quinze-seize ans quand j'ai su ça, et puis rien que d'entendre ces mots, j'avais l'impression d'être soulagé, puis d'être enfin compris, puis d'avoir trouvé la route [...] que je devais prendre » (participant 9).

La rencontre avec un pair transgenre déjà engagé dans un traitement de réassignation sexuelle a, par ailleurs, été pour un des participants également un élément encourageant pour assumer son désir de changer de sexe.

3.4. Éléments contextuels empêchant le désir de vivre l'identité transgenre

À l'inverse, des éléments contextuels peuvent empêcher le désir de vivre l'identité transgenre et sa réalisation dans un processus de changement de sexe. Ces éléments peuvent relever du fait social avec ses normes et ses codes. Une participante rapporte ainsi avoir grandi dans les années 1970–1980, à une époque où la dysphorie de genre était encore peu connue et très peu médiatisée, rendant très difficile la concrétisation du désir transgenre.

« On ne connaissait pas grand-chose, donc moi je connaissais rien non plus, je ne savais pas à qui parler, donc ce n'était pas évident, quoi » (participante 3).

Une autre participante environ du même âge raconte qu'une identification au sexe opposé lui paraissait impossible, car les représentations dominantes de l'époque associaient l'expression transgenre à la prostitution et à la pornographie.

Un autre élément du contexte pouvant freiner le désir de vivre l'identité transgenre réside dans l'attitude de la famille de certains participants, attitude nourrie par des représentations négatives à l'égard de l'expression transgenre.

« J'ai vécu dans un locatif à une époque où le voisin du dessus s'habillait en femme justement. [...] Mes parents l'ont vu par la fenêtre et bien ils trouvaient ça bizarre et ils l'avaient surnommé "le fou". J'avais 9–10 ans à l'époque, puis vos parents vous disent "machin il s'habille en femme, il est fou", vous avez tendance à planquer le truc » (participante 2).

4. Discussion

Ce qui ressort comme résultat central de cette étude est que les récits des patients transgenres témoignent d'un désir, celui de vivre dans le corps du sexe opposé et d'être reconnu comme appartenant au genre culturellement associé.

Ce désir, comme tout désir, relève de l'affectif et non du cognitif [8,13]. Dans certains modèles de développement de l'identité transgenre et de l'identité de genre en général mentionnés dans l'introduction, l'accent est essentiellement mis sur l'aspect cognitif du processus, ce qui peut paraître curieux car le corps n'est pas vécu uniquement sur le mode de la représentation comme cela pourrait être le cas chez les patients avec certains troubles psychiques tels que l'anorexie [25]. Le corps que nous sommes, pour le dire ainsi, et qui nous lie au monde est un corps affecté, qui nous permet de désirer et de rencontrer un monde toujours rempli de valeurs et significations.

Certains participants reconnaissent ce corps comme lieu de désir, plus ou moins facilement, d'autres le répriment, le combattent, voire l'attaquent, en se faisant du mal, comme pour l'exorciser et ainsi se libérer et laisser voie au corps désiré. Le récit de ces participants vient ainsi soutenir l'idée plus générale que la souffrance des patients transgenres est surtout liée au fait que leur désir d'appartenir au genre éprouvé est réprimé ou empêché. La dysphorie de genre ne serait donc pas à considérer comme un trouble ou une problématique psychiatrique en tant que telle, mais plus comme l'expression d'une détresse générée par le fait que ce désir ne peut se réaliser.

Quel sens donner à ce désir chez les personnes transgenres ? Il paraît erroné de localiser ce désir dans les pulsions biologiques, car il excède la décharge énergétique, il dépasse la sexualité et englobe le genre. Il est également à distinguer des désirs émaillant la vie quotidienne qui visent à satisfaire un besoin ou à posséder quelque chose. Le désir transgenre semble plutôt s'apparenter au désir existentiel, tel qu'on le trouve dans la tradition philosophique depuis Spinoza et Hegel jusqu'à Sartre et Deleuze [2,20]. Pour Sartre, l'existence se caractérise par une distance à l'égard de soi [20]. C'est dans cet écart, dans cette non-coïncidence entre soi et soi, que se situe le potentiel créateur du désir, qui anime le sujet dans la quête de l'affirmation de sa propre existence. Aux prises avec un désir qu'ils accueillent, retiennent, étouffent, voire tentent d'annihiler, les patients transgenres paraissent témoigner de cette épreuve existentielle.

Nous considérons que ces résultats sont susceptibles de contribuer à changer le regard porté sur les personnes transgenres. En effet, le diagnostic actuel pointe une problématique, la dysphorie, mais ne met pas en lumière l'existence du désir, alors que l'angle du désir nous semble bien plus constructif pour tenter de comprendre les patients transgenres, pour soutenir les facteurs contextuels favorisant l'expression et la réalisation du désir transgenre et pour contrer les facteurs qui l'en empêchent.

Pour ce qui est de la question du corps, il est frappant de constater comme ce dernier est peu présent dans le discours des participants. On pourrait s'attendre à ce que le corps soit plus souvent mis en avant puisque le processus de changement concerne avant tout le corps et le désir d'avoir un corps différent. Les résultats montrent au contraire que seule une minorité de participants parlent du corps et lorsqu'ils l'évoquent, ce dernier est décrit comme une source de souffrance et devient la cible d'attaques et d'autoagressions. C'est surtout le cas durant la période de l'adolescence [15], moment de fragilité narcissique et de questionnement identitaire où le corps est particulièrement douloureux à vivre [12]. Les métamorphoses corporelles et l'apparition des caractères sexuels secondaires non désirés engendrent un vécu d'impuissance et une perte d'agentivité liés à la participation passive du sujet à ces évolutions physiques. Une explication pour cette absence du corps, outre celle située au niveau du caractère existentiel du désir transgenre, est qu'il est enfin relégué en arrière-plan, comme chez toute personne qui ne l'objective pas, sauf en cas de maladie ou de blessures [25].

Si le fait d'appartenir au genre autre que celui associé au sexe biologique est l'expression d'un désir profond, on constate que ce désir n'est pas uniquement porté par les participants, mais également influencé par le contexte socio-historique et relationnel. Ainsi, et de manière générale, on n'existe pas tout seul, mais dans un certain rapport au monde et aux autres et on se développe et se situe différemment en fonction du contexte dans lequel on évolue. Il ressort du récit des participants que des éléments contextuels jouent un rôle important, influençant positivement ou négativement leur désir de vivre l'identité transgenre. Ces différents éléments représentent des obstacles, ils peuvent faire évoluer les patients et les aider à se positionner activement face à leur désir, mais ces obstacles peuvent aussi être perçus comme insurmontables [15]. Dans la clinique, surtout chez les jeunes patients, on remarque que le contexte familial et le positionnement des parents face à l'identité transgenre jouent un rôle central dans la manière dont les patients vivent, expriment et expérimentent leur identité désirée et se déterminent quant au désir d'obtenir un corps plus congruent par des traitements [17]. Ainsi, lorsque la famille rejette l'identité transgenre, les patients sont amenés à devoir davantage lutter pour imposer leur désir. Dans ce genre de situations, il est alors particulièrement utile que le psychiatre puisse les soutenir au travers d'entretiens avec la famille ou avec d'autres personnes qui représentent une ressource pour eux. Le psychiatre figure à la fois comme tiers bienvenu dans ces discussions difficiles et comme responsable de l'indication pour les traitements à venir. La médicalisation du désir transgenre soulage également les proches qui associent parfois l'expression transgenre à une problématique sexuelle déviante.

Alors que les revendications se multiplient pour dé-psychiatriser la prise en charge et sortir d'un statut de patient, le récit des participants – et notre clinique le confirme – témoigne d'un apport bénéfique des médecins et des psychiatres qui peuvent faciliter l'acceptation et la réalisation de ce désir. À noter ici que notre expérience clinique repose sur une population de personnes transgenres qui consultent un centre tertiaire de soins.

Les résultats montrent une diversité de vécus des participants, notamment pour ce qui concerne les déclencheurs et les moments de la prise de conscience de l'identité transgenre. S'agissant des

déclencheurs, seule une participante n'en a identifié aucun, exprimant le vécu que son identité transgenre a toujours été là, aussi loin qu'elle s'en souviene. Les autres ont tous évoqué des déclencheurs en lien avec la socialisation infantile ou sexuelle au début de l'adolescence. Un participant évoquait en outre la prise de conscience de son identité transgenre, ou du moins la non-congruence du genre, lors d'un traumatisme durant l'adolescence (abus sexuel).

Même si nous entendons souvent dans notre consultation de dysphorie de genre que l'identité transgenre a toujours été présente chez nos patients et consciente dès leur plus tendre enfance, cette étude montre que les participants font remonter la prise de conscience de leur identité transgenre à différents moments de leur existence. Si certains font en effet état d'une prise de conscience durant la petite enfance, d'autres – plutôt ici des hommes trans – identifient l'adolescence et l'attraction sexuelle comme déclencheur du vécu transgenre.

Ce dernier résultat peut confirmer l'idée qu'il s'agit parfois d'un discours adressé durant l'évaluation initiale au psychiatre qui joue alors en même temps un rôle d'expert (*gatekeeper*) pour ce qui concerne l'indication et le début des traitements de réassignation sexuelle. Dans notre activité clinique, nous avons également pu observer que certains patients transgenres s'habillent lors des premières consultations de manière assez stéréotypée pour « persuader » le psychiatre, puis se montrent moins « genrés » par la suite. Ce phénomène consistant à forcer le trait de manière quelque peu burlesque s'explique selon Lemma par le fait que les personnes transgenres grandissent avec un *mirroring* qui ne correspond pas à leur vécu corporel. L'apparence permet dès lors de communiquer à autrui ce vécu d'incongruence [10].

Une reprise des discussions concernant l'identité transgenre, une fois l'indication aux traitements posée et les traitements commencés, nous semble néanmoins nécessaire afin d'approfondir la compréhension du développement de l'identité transgenre. Cette reprise permet aux patients – une fois libérés des craintes d'un refus d'accès aux traitements de réassignation sexuelle – de témoigner et par là même de se situer dans leur trajectoire ainsi que de s'approprier leur histoire.

5. Conclusion

Cette lecture phénoménologique des récits de patients transgenres amène à revoir le rôle du psychiatre dans la demande et dans le processus de réassignation sexuelle. Il serait donc moins un « *gatekeeper* » qu'un « spécialiste » des problématiques de désir. En effet, le psychiatre est déjà amené à rencontrer dans sa pratique de nombreux troubles qui sont aussi liés aux difficultés d'accéder au désir, à l'instar de la dépression (par exemple, perte de désir), de l'anxiété (par exemple, évitement de l'objet désiré) et des troubles sexuels (par exemple, anhédonie). L'enjeu pour lui serait alors de saisir le lien entre désir et symptômes et de permettre au premier d'émerger librement, d'évoluer, de s'exprimer et de se réaliser. Nous estimons ainsi que le rôle de l'expert-psychiatre pourrait être investi autrement. On trouve chez Becker l'idée générale de « carrière d'identification de genre » qui paraît particulièrement pertinente ici [11]. Cette carrière est marquée par une évolution de l'expression d'un désir, dont les formes – même les plus

douloureuses – seront donc lues et interprétées non pas par un regard médical ou psychiatrique, mais comme étant constitutives d'un désir cherchant à se réaliser.

L'expert psychiatre pourrait donc venir en soutien de la « carrière transgenre », en faisant circuler le désir des patients et il faciliterait – en cas d'indication – la transformation corporelle et la trajectoire des possibles grâce aux traitements de la médecine.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin M-J, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: a French study. *Eur Psychiatr* 2019;59:8–14.
- [2] Bernet R. Force – pulsion – désir : une autre philosophie de la psychanalyse. Paris: Vrin; 2013. p. 42–8.
- [3] Cavanaugh G, Ladd L. I want to be who I am: narratives of transgender persons. *JLGBT issues in counseling* 2017;11:156–73.
- [4] Chiland C. Changer de sexe, illusion et réalité. Paris: Odile Jacob; 2011.
- [5] Chiland C. La construction de l'identité de genre à l'adolescence. *Adolescence* 2014;32:165–79.
- [6] Chiland C. Nouveaux propos sur la construction de l'identité sexuée. *J Psychanal Infant* 2003;33:105–22.
- [7] Devor AH. Witnessing and mirroring: a fourteen stage model of transsexual identity formation. *J Gay Lesbian Psychother* 2004;8:41–67.
- [8] Didier B. Les logiques du désir entre névrose et psychose. *Cahiers Psychol Clin* 2005;1(24):13–32.
- [9] Kohlberg L. A cognitive-developmental analysis of children's sex-roles concepts and attitudes. In: Maccoby EE, editor. *The development of sex differences*. Stanford: Stanford University Press; 1966. p. 82–173.
- [10] Lemma A. The body one has and the body one is: understanding the transsexual's need to be seen. *Int J Psychoanal* 2013;94:277–92.
- [11] Macé E. Ce que les normes de genre font aux corps/ce que les corps trans font aux normes de genre. *Sociologie* 2010;1:497–515.
- [12] Maïdi H. Du narcissisme rétracté. *Adolescence* 2016;34:785–94.
- [13] Marion JL. Le phénomène érotique. *Etudes* 2003;399:483–94.
- [14] Mason-Schrock D. Transsexuals' narrative construction of the « True Self ». *Soc Psychol Q* 1996;59:176–92.
- [15] Medico D, Pullen Sansfaçon A, Galantino G. « J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières* 2020;2:31.
- [16] Medico D, Pullen Sansfaçon A, Zufferey A, Galantino G, Bosom M, Suerich-Gulick F. Pathways to gender affirmation in trans youth: a qualitative and participative study with youth and their parents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2020;4:1002–14 [1359104520938427].
- [17] Medico D, Zufferey A. Un futur pour les enfants et les jeunes transgenres : que savons-nous sur les besoins et les solutions ? *Rev Med Suisse* 2018;14:1765–9.
- [18] Osborn M, Smith JA. The personal experience of chronic benign lower back pain: an interpretative phenomenological analysis. *Br J Health Psychol* 1998;3:65–83.
- [19] Pécoud P, Pralong F, Bauquis O, Stiefel F. Transsexualisme : enjeux et spécificités liés à la prise en charge d'une demande de réassignation sexuelle. *Rev Med Suisse* 2011;7:395–7.
- [20] Sartre JP. (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Tel Galimard; 1996. p. 121–32.
- [21] Sengènes S. D'un genre à l'autre. *Terrain* 2004;42:81–94.
- [22] Stoller R. *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme (1968)*. Paris: Gallimard; 1978.
- [23] Throop CJ. On inaccessibility and vulnerability: some horizons of compatibility between phenomenology and psychoanalysis. *Ethos* 2012;40:75–96.
- [24] Tindall L, Smith JA, Flower P, Larkin M. *Interpretative phenomenology analysis. Theory method and research*. London: Sage Publications; 2009. p. 79–107.
- [25] Wykretowicz H, Saraga M, Stiefel F. À propos d'un trouble de l'évidence corporelle dans l'anorexie. *Evol Psychiatr* 2019;84:185–97.
- [26] Zahavi D. *Subjectivity and selfhood, investigating the first-person perspective*. Cambridge: MIT Press; 2005. p. 119–32.