

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DE LA TRANSSEXUALITÉ À LA VARIANCE DE GENRE : ÉLÉMENTS POUR
UNE GÉNÉALOGIE DE L'EXPÉRIENCE CONTEMPORAINE DES IDENTITÉS
TRANS AU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
ÉTIENNE LABARGE-HUOT

JANVIER 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite signifier ma très grande reconnaissance envers mon directeur de recherche, Marcelo Otero, dont la rigueur et la passion pour l'oeuvre de Foucault ont été une inspiration constante. Ce projet de recherche n'aurait également jamais pu voir le jour sans le support inébranlable de celle, une personne incroyable, qui partage ma vie. Un grand merci à une professeure exceptionnelle pour son inspiration et ses encouragements. Finalement, merci beaucoup à mes parents et ma famille pour leur support et leur intérêt constant pour ce projet.

J'aimerais souligner l'apport financier du MÉOS et du CREMIS.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATISATION	12
CHAPITRE II	
LA GÉNÉALOGIE ET L'ÉTUDE DES IDENTITÉS TRANS	26
2.1 Cadre théorique.....	26
2.1.1 Le discours	26
2.1.2 Le pouvoir.....	33
2.1.3 La vérité et les expériences historiquement particulières	38
2.2 Méthodologie.....	41
2.2.1 La généalogie et l'archéologie	41
2.2.2 La généalogie et l'analyse de discours	46
2.3 Corpus	53
CHAPITRE III	
LA TRANSSEXUALITÉ ET LE MODÈLE MÉDICAL TRADITIONNEL.....	61
3.1 Sexologie, gestion de la sexualité déviante et biopouvoir.....	61
3.2 L'évolution de la conception du sexe.....	65
3.3 L'émergence du phénomène social de la <i>transsexualité</i>	69
3.4 Les premières tentatives théoriques.....	75
3.5 Le modèle médical traditionnel.....	84
3.6 Le modèle traditionnel au Québec.....	93
CHAPITRE IV	
LA TRANSFORMATION DU REGARD SUR LES IDENTITÉS TRANS	98
4.1 Le renversement de la problématique.....	101

4.2 Conséquences sur les conceptions du sexe, du genre et de la sexualité.	113
CHAPITRE V	
LA DÉPATHOLOGISATION DES IDENTITÉS TRANS.....	125
5.1 Les critiques contre le modèle médical traditionnel.....	128
5.2 La perspective naturalisante comme alternative	130
5.3 La perspective naturalisante et l'environnement social	137
5.4 La perspective pathologisante face aux critiques.....	150
CHAPITRE VI	
LA NORMATIVITÉ CONTEMPORAINE AU SUJET DES IDENTITÉS TRANS.....	162
6.1 La transformation du contexte juridique et politique.....	164
6.2 La fin du modèle traditionnel au Québec.....	174
6.3 Le discours expert militant.....	177
6.3.1 La conception de ce que sont les identités trans	178
6.3.2 La conception de ce qui pose problème	185
6.3.3 Les solutions proposées	193
6.4 L'opposition au nouveau modèle et son instauration.....	199
CONCLUSION.....	203
BIBLIOGRAPHIE.....	219

RÉSUMÉ

Ce mémoire vise, dans le cadre d'une analyse généalogique, à expliquer la transformation récente en 2013, 2015 et 2016 des lois et règlements qui régissent la transition légale de sexe et qui régulent les comportements en ce qui a trait à l'interaction entre les personnes trans et leur environnement social. Pour ce faire, deux moments de problématisation sociale des identités trans sont analysés et conçus comme *expérience historiquement singulière* d'un objet de connaissance et d'intervention. Le premier consiste en l'intégration, dès les années 1950, de ce qu'on appelle aujourd'hui les *identités trans* ou la *variance de genre* dans un modèle d'intervention médicale articulé autour du concept de *transsexualité*, une attitude de contrôle sévère des comportements des « candidats à la chirurgie de réassignation sexuelle », ainsi qu'une uniformité du traitement. L'autre moment, dont il s'agit d'expliquer l'émergence consiste en la reconnaissance dès les années 1990 de la diversité des identités trans à travers le discours académique des sciences sociales, la prise de parole des personnes trans, et certaines évolutions au sein du milieu thérapeutique. Les identités trans prennent alors place aux côtés de l'orientation sexuelle comme *diversité naturelle* et le concept d'*identité de genre* permet alors de rendre compte d'un phénomène devant être appréhendé dans le respect de la subjectivité individuelle. Les techniques médicales et les soins sont alors mis au service des besoins individuels des personnes trans alors que les lois et règlements régissant l'interaction des individus avec les personnes trans sont modifiés dans le sens du respect de l'identité subjective de chacun.

Mots clés : identité, transidentités, transgenre, transsexualité, trans, généalogie, Foucault, sexe, genre, variance de genre, subjectivité, Québec

INTRODUCTION

Depuis l'adoption en 1977 des modifications au Code civil permettant le changement de la mention de sexe, d'importantes transformations sont survenues en contexte québécois en ce qui a trait aux identités trans. Parmi celles-ci on peut noter la visibilité accrue des personnes trans dans la culture et les médias, ainsi qu'une plus grande conscientisation et une plus grande acceptation des identités trans par la population. Dans la sphère clinique, un changement de paradigme en ce qui a trait à la prise en charge médicale des identités trans dans le sens de leur dépathologisation et de l'adaptation du traitement à la subjectivité individuelle de la personne a également eu lieu¹.

Des changements sont aussi advenus au niveau des formes que peuvent prendre les identités trans elles-mêmes. Auparavant celles-ci s'articulaient dans une large mesure sur les premiers ouvrages médicaux sur la question², dans les termes de la *transsexualité*. La multiplication des prises de parole par les personnes trans, ainsi que leur rôle grandissant dans les domaines académiques et thérapeutiques³, a permis un grand foisonnement et une grande diversité d'identifications en terme de genre. Une proportion de plus en plus grande des personnes s'identifiant comme trans, ou demandant des services médicaux dans le sens d'une transformation de leur corps en cohérence avec leur subjectivité, s'identifient à travers des concepts relativement

¹ Fraser, Lin, 2009, « Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care : Background and Recommendations », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), pp.110-126.

² Macé, Éric, 2010, « Ce que les normes de genre font aux corps / Ce que les corps trans font aux normes de genre », *Sociologie* 2010/4, Vol. 1, pp. 497-515.

³ Stryker, Susan, 2006, « (De)Subjugated Knowledges : An Introduction to Transgender Studies », dans Susan Stryker et Stephen Wittle (dir.), *The Transgender Studies Reader*, Routledge, pp.1-17.

récents tels que *non-binaire*, *transmasculin*, *transfeminin*, *queer*, *genderqueer*, etc.⁴

Ce que l'on entend par le préfixe *trans*, en ce qui a trait au sexe et au genre, a aussi connu un déplacement. Autrefois, l'univers des identités trans était profondément lié au concept de *transsexualité*, une personne trans étant conçue comme souffrant d'une condition pathologique qui faisait qu'elle réclamait une modification de son corps pour intégrer socialement et physiquement le groupe de l'autre sexe. Aujourd'hui les termes *trans* et *transgenre*, à travers lesquels sont conçues les identités trans, ont des définitions moins rigides et plus fluides, permettant une ouverture constante à de nouveaux vécus ou de nouvelles revendications identitaires. Ainsi, le terme *transgenre* peut renvoyer à l'ensemble des personnes trans n'ayant pas l'intention de changer leurs organes génitaux, mais il peut aussi renvoyer à toute personne dont l'identité de genre est différente, soit de son sexe, soit d'un ensemble de normes liées au sexe et au genre⁵. Le terme *trans*, quant à lui, peut renvoyer aux seules personnes ayant une identité de genre différente de leur sexe, mais le terme peut aussi renvoyer à l'ensemble de la *variance de genre*, soit l'expression de comportements ou de subjectivités non conformes aux stéréotypes liés

⁴ Lev, A. I., 2005, *Transgender emergence : Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*, Routledge.

⁵ Dans le premier cas, il s'agit d'une conception articulée à la transsexualité comme expérience de référence en terme d'identité trans (où donc la question du processus de transition médicale est centrale). Dans le deuxième cas, il s'agit de la définition articulée au concept d'*identité de genre* où le terme *transgenre* englobe toute expérience trans, dont l'expérience transsexuelle.

aux sexes⁶.

Les identités trans sont également le lieu d'une transformation de l'intervention sociale sur les comportements posant problème. Autrefois réprimées, occultées ou pathologisées, elles s'inscrivent maintenant en conformité avec une nouvelle normativité sociale voulant que certaines personnes aient une identité de genre conforme aux représentations sociales liées à leur sexe, alors que d'autres auraient une identité de genre qui n'est pas conforme à ces représentations. Pour ces dernières, l'utilisation de services médicaux pour transformer leur corps de façon cohérente avec leur subjectivité est largement acceptée. Au Québec, cette acceptation s'est traduite par un changement rapide du cadre légal régissant le changement de la mention de sexe et l'interaction des personnes trans avec leur environnement social. En effet, il n'a suffi que de trois ans depuis le dépôt du projet de loi 35 en 2013, pour que le changement légal de sexe passe d'une forte supervision médicale et d'une uniformité du traitement accessible aux seuls adultes⁷, au centrément dans le processus légal de l'identité de genre pour les personnes de 14 ans et plus, et de l'inscription de cette dernière dans la charte québécoise des droits et libertés comme motif interdit de discrimination avec l'expression de genre. Un projet de loi visant à

⁶ Dans le premier cas, il s'agit d'une utilisation du terme équivalente à l'abréviation de transgenre. Dans le deuxième cas, il s'agit de l'utilisation *inclusive* du terme, volontairement laissée « ouvert » afin que quiconque en ressent le besoin puisse se sentir inclus dans la communauté qui est référée par le terme. Cette dernière utilisation du terme uni à *dessein* la non conformité (en terme de vécu, ressenti, ou d'expression) aux normes genrées (telles les personnes s'identifiant drag kings, drag queen, genderqueers, etc.), avec la catégorie plus restreinte des personnes étant comprise comme possédant/manifestant une identité de genre différente du sexe biologique (transsexuels, transgenres, etc.). C'est du fait d'une telle utilisation du terme trans qu'on peut affirmer aujourd'hui — malgré la pluralité des termes renvoyant à des groupes ou des expériences précises — qu'il existe une réalité sociologique large renvoyant à la *transgression des normes sociales* traditionnelles liées à la différence des sexes, qui est aujourd'hui exprimée à travers ce concept. Les différents débats sur la place de la non conformité de genre (son autonomie comme phénomène, sa place dans une *communauté LGBTQIA+*, etc.) ne sont pas pertinents ici, puisque la non conformité de genre sera abordée à travers son inclusion dans des discours spécifiques sur les identités trans. Voir particulièrement le chapitre 4.

⁷ Bureau, Marie-France et Jean-Sébastien Sauvé, 2011, « Changement de la mention du sexe et état civil au Québec : critique d'une approche législative archaïque », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, Vol. 41, No. 1.

étendre ce principe d'encadrement du changement de sexe légal à tous les âges sans restriction a également été déposé en 2016 sans cependant aboutir à un vote.

Une série d'enjeux sont soulevés par l'ensemble de ces transformations. Premièrement, elles participent d'une volonté explicite de dépathologiser les identités trans comme condition psychiatrique, ainsi que d'une volonté de les normaliser et de faciliter leur déploiement dans toutes les sphères sociales. En ce sens, il est souvent fait mention de la grande similarité entre ce processus et celui de la dépathologisation de l'homosexualité⁸. Ce rapprochement n'est pas sans raison puisque les attitudes et opinions négatives que subissent les personnes homosexuelles et bisexuelles ne sont pas seulement liées à l'unique question de la sexualité, mais aussi aux conceptions plus générales sur les sexes et ce qui est perçu comme approprié pour un sexe ou pour l'autre⁹. Les combats politiques des personnes homosexuelles et ceux des personnes trans peuvent donc être compris comme des luttes contre des normes sociales oppressives liées au genre. Cependant, la dépathologisation de l'homosexualité a participé d'une lutte contre les normes de genre, c'est-à-dire les normes associées à la différence des sexes, sans remettre nécessairement en question le concept de sexe physiologique ou biologique. À l'inverse, la dépathologisation des identités trans participe d'une lutte contre les normes de genre impliquant une remise en question du concept de sexe, entendu comme « caractère physique permanent de l'individu humain, animal ou végétal, permettant de distinguer, dans chaque espèce, des

⁸ Drescher, Jack, 2010, «Queer Diagnoses : Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual », *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.

⁹ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), 2007, *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, 108p.

individus mâles et des individus femelles »¹⁰. Cette remise en question du concept de sexe apparaît distinctement dans la sphère légale ainsi que dans la sphère sociale.

Au niveau légal, depuis l'adoption du projet de loi 35 en 2013, l'identification par une personne au genre correspondant au sexe opposé permet la transformation du sexe légal en accordance à cette identification sans qu'il y ait une obligation de transformation du corps là où auparavant le changement légal du sexe nécessitait une intervention chirurgicale au niveau des organes génitaux. Notre société permet donc maintenant de *changer de sexe*, sans changer le corps sexué. Au niveau social, une binarité évidente des sexes basée sur des caractéristiques physiques observables et des comportements et attitudes liés aux normes de genre côtoie la possibilité pour des personnes de demander d'être traitées comme membre de l'autre sexe ou comme personnes n'étant ni liées à un sexe ni ne devant être traitées selon les normes de genre en vigueur. Cette exigence peut maintenant être considérée comme une obligation légale, d'abord en vertu de la jurisprudence au Canada¹¹, ensuite en raison de l'inclusion explicite de l'identité de genre et de l'expression de genre comme motifs interdits de discrimination.

Ainsi, notre société, qui fonctionnait autrefois à travers des normes sociales attachées de façon explicite à la différence des sexes, fonctionne maintenant à travers des normes sexuées/genrées qui se rattachent doublement à la différence des sexes, mais aussi à la subjectivité individuelle en terme de *genre*. Ce dernier concept, ainsi que le rôle important qu'il occupe dans la régulation des comportements contemporains et dans les façons de classer et comprendre les objets de savoir et les individus, participe d'une évolution du discours sur le sexe au Québec et ailleurs. La

¹⁰ Larousse, *Dictionnaire de Français*, récupéré le 20 octobre 2018 de <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexe/72458>

¹¹ Darke, Julie et Allison Cope, 2002, *Trans Inclusion Policy Manual For Women's Organizations*, Trans Alliance Society. Voir également le chapitre 6.

catégorie de sexe est, en effet, reconnue comme étant trop limitée pour englober l'entièreté des phénomènes qui y était autrefois exclusivement rattaché¹². L'apparition de l'identité de genre et de l'expression de genre comme motifs interdits de discrimination témoigne ainsi de la grande portée sociale du concept de *genre* (autrefois une exclusivité des cliniques de la *transsexualité*, de l'intersexualité, du mouvement féministe, des militantismes¹³ trans et *queer*, et de la sphère académique) et de la réduction du rôle occupé par celui de *sexe*¹⁴.

Un deuxième enjeu concerne la régulation sociale des comportements articulés aux normes liées au genre et au sexe qui émerge des transformations sociales, juridiques et législatives contemporaines en lien aux identités trans. En effet, la binarité des sexes constitue la base d'une démarcation entre deux univers sociaux, l'un masculin et l'autre féminin¹⁵. Ainsi, le traitement dont un homme sera l'objet par ceux avec qui il interagit sera largement différent du traitement dont une femme sera l'objet, une différence de traitement qui en retour crée des conditions de vie et des expériences profondément différentes pour les hommes et les femmes¹⁶. Différentes normes sociales, comme l'existence de lieux et de services séparés selon le sexe, sont

¹² St-Hilaire, Colette, 2016, « Crise et mutation du dispositif de la différence des sexes : regard sociologique sur l'éclatement de la catégorie de sexe » dans Lamoureux, Diane (dir.), *Les limites de l'identité sexuelle*, Remue-Ménage, pp. 57-85.

¹³ En cohérence avec la sociologie des mouvements sociaux, le terme *militant* sera utilisé tout au long de ce mémoire pour référer à ceux qui, par leurs actions de mobilisation, de revendication ou de contestation, s'inscrivent dans un mouvement social. Le terme *militantisme* sera utilisé pour référer à l'articulation de ces actions de mobilisation dans le cadre d'un mouvement social concret.

¹⁴ Par exemple, la loi 103, votée à l'Assemblée nationale en 2016, a remplacé le concept d'identité *sexuelle* par celui d'identité de *genre*. Comme il sera vu dans les chapitres 4 et 6, le rôle accru du concept de genre dans l'explication des phénomènes liés à la différence des sexes a nécessité une critique directe du concept de sexe.

¹⁵ Mathieu, Nicole-Claude, 1977, « Masculinité/féminité », *Questions féministes*, no. 1, pp.50-67.

¹⁶ Guillaumin, Colette, 1992, « Le corps construit », *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de Nature*, pp.117-142. et Mathieu, *op. cit.*

ainsi articulées sur la croyance que le monde social *est* et *doit être* distingué en fonction du sexe.

Dans ce contexte, différents conflits peuvent émerger lorsqu'une personne est perçue par son environnement social comme appartenant à un sexe, alors qu'elle s'identifie à l'autre ou à un genre non-binaire et souhaite être traitée en conséquence. C'est entre autres pour éviter ces conflits que le modèle médical traditionnel prenant en charge les identités trans dès les années 1960 limitait autant que possible l'accès à la transition médicale aux personnes dont l'apparence ou les comportements ne correspondaient pas aux normes associées au sexe auquel elles s'identifiaient¹⁷. Au Canada, de nombreux témoignages de personnes trans ainsi que plusieurs cas portés devant les tribunaux témoignent des conflits qui ont jalonné la lente acceptation de l'identité subjective en terme de genre des personnes trans par la société¹⁸. Ces cas révèlent que les personnes trans ont pendant longtemps subi des réactions négatives de leur environnement du fait qu'elles sortaient des normes liées au sexe, mais aussi que, même lorsqu'elles étaient acceptées en tant que personne trans, elles ne l'étaient souvent pas en tant que membre du sexe/genre auquel elles s'identifiaient.

Comme il sera démontré au courant de ce mémoire, les identités trans ont été le sujet d'une transformation du discours scientifique et juridique dans le sens de la reconnaissance et de la valorisation des identités subjectives liées au genre, et ce, à l'encontre de tout autre critère permettant de caractériser une personne comme homme, femme ou autre. Ce processus ne peut cependant pas être associé à une acceptation généralisée des identités trans. En effet, l'importance grandissante (sociale et juridique) du concept d'*identité de genre* pour appréhender la différence des sexes côtoie toujours une conception de la différence des sexes dans le sens

¹⁷ Voir le chapitre 3

¹⁸ Voir le chapitre 6

commun articulée sur la physiologie. De nombreux conflits ont ainsi émergé entre des personnes trans et leur entourage social. La reconnaissance de cette problématique, qu'on englobe généralement sous le terme de *transphobie*¹⁹, a eu pour conséquence la redéfinition par l'État québécois des comportements et attitudes appropriés en matière de genre par l'inclusion de l'identité de genre et de l'expression de genre comme motifs interdits de discrimination dans la Charte des droits et libertés de la personne.

La question de la dépathologisation psychiatrique et de la normalisation des identités trans semble donc s'inscrire dans une problématique plus large qui est celle de la transformation des normes sociales dans un sens nouveau : celui d'un plus grand respect de la subjectivité individuelle, en tension avec des normes sociales établies. Dans ce cas particulier, une catégorie fondamentale du fonctionnement social et des interrelations entre individus, le sexe (ou la différence des sexes) se retrouve rattaché non plus à une évidence physiologique dont le sens est partagé par tous, mais à la vie intérieure de chacun, une subjectivité qui sert de nouveau guide à la régulation des comportements en lien aux normes de genre.

L'objectif de ce mémoire sera d'interroger cette transformation particulière des normes sociales en ce qui a trait à la différence des sexes. Il ne sera pas question d'expliquer comment ou pourquoi les sociétés occidentales contemporaines conçoivent la différence des sexes en terme de *genre*, plutôt que de *sexe*²⁰. Il s'agira plutôt de montrer comment une problématisation précise, celle de la demande de transition médicale, à travers sa prise en charge par diverses institutions sociales, a pu contribuer à l'implantation dans les lois et règlements du Québec d'une conception de

¹⁹ Voir les chapitres 4, 5 et 6

²⁰ Faire l'histoire des concepts de sexe et de genre, ou bien de l'évolution du rapport femmes/hommes dans les sociétés contemporaines est un exercice très complexe qui ne sera pas entrepris ici.

la différence des sexes en terme de genre.

Pour atteindre cet objectif, une méthode généalogique sera mise de l'avant pour analyser les différentes transformations dans le discours et la pratique qui permettent aujourd'hui de distinguer l'ancien consensus social du traitement de la *transsexualité*, compatible avec une conception physiologique du sexe, et un nouveau consensus social d'intervention concernant les identités trans, dont les conséquences ont été brièvement discutées jusqu'ici. L'analyse portera sur deux moments de problématisation des identités trans. Le premier consiste en l'émergence du premier discours médical sur la transsexualité dans les années 1960 aux États-Unis et son adoption au Québec dans un premier cadre législatif sur le changement de sexe en 1977. Le second consiste en la transformation du discours médical dès les années 1990 sous la pression d'une critique portée par le militantisme trans et de différents travaux en sciences sociales, ainsi que les transformations qu'a subies par la suite le cadre législatif québécois sur la question entre 2013 et 2016.

Le premier chapitre visera à faire le survol des différents discours thérapeutiques et académiques se donnant pour objet les identités trans. Le deuxième chapitre sera consacré au cadre théorique, à la méthodologie et au matériel sur lequel l'analyse est basée. Le troisième chapitre portera sur l'apparition d'une « clinique de la transsexualité » dans les années 1960 en Occident, qui accompagne une première problématisation sociale des identités trans, ainsi que sur le premier modèle médical et légal d'intervention visant à les encadrer. Les trois chapitres suivants consisteront en l'analyse de ce que je considère être un deuxième moment de problématisation des identités trans, menant à un nouveau consensus social à leur sujet. Le quatrième chapitre portera sur le rôle des sciences sociales et des auteurs trans dans la transformation du regard scientifique sur les personnes trans. Le cinquième chapitre portera sur l'adoption de ce changement de regard par différentes disciplines

thérapeutiques²¹. Finalement, le sixième chapitre abordera la question de la portée sociale plus large de l'ensemble de ces changements, par la transformation du cadre légal régissant le changement de sexe et l'interaction des personnes trans avec leur environnement.

J'ai choisi d'utiliser tout au long du texte le terme *identité trans*. Pourquoi ne pas parler des personnes transgenres ou transsexuelles, ou encore d'utiliser le terme transidentité, d'usage en France? C'est largement pour une question de méthode et de cadre d'analyse, comme il sera détaillé dans les chapitres 1 et 2. En effet, l'objet de cette recherche porte sur *l'expérience* socialement partagée qu'il est aujourd'hui possible de faire des identités trans. Il a été décidé de ne pas adopter ou de présenter de position quant à la *nature véritable* de cet objet de connaissance, nature ayant été l'objet des multiples déplacements théoriques et débats. Or, l'ensemble des termes aujourd'hui en usage dans la littérature scientifique transporte des conceptions très précises sur la nature des identités trans, ce qui sera vu dans les chapitres 4 et 6.

C'est donc ma démarche généalogique qui m'a mené à nommer l'objet de cette étude de la façon la plus englobante et la plus inclusive possible. Premièrement, il s'agit d'identité et d'identification puisque, peu importe la forme adoptée par les identités trans, l'enjeu se situe dans la reconnaissance par le monde extérieur (ici un médecin devant la reconnaître pour donner accès à la transition médicale, là l'entourage social devant modifier son comportement suite à une transition sociale, etc.) d'une compréhension de soi. Deuxièmement, le terme *trans* est largement reconnu et utilisé pour rendre compte de l'ensemble des phénomènes liés aux identités trans. Son aspect plus général (voir parfois vague) a ici l'avantage de pouvoir intégrer comme une même catégorie des concepts incompatibles à la fois

²¹ Principalement la psychologie, la médecine, la psychiatrie et le travail social.

théoriquement et normativement. C'est le cas des concepts *transsexuel* et *transgenre*, comme il sera démontré au quatrième chapitre²².

²² Comme il sera vu en conclusion, le terme *trans* peut se révéler utile pour appréhender sociologiquement des phénomènes sociaux contemporains analogues. Cet aspect heuristique a le désavantage d'être moins évident si ce terme disparaît au profit de *transidentité*.

CHAPITRE I

PROBLÉMATISATION

Beaucoup de choses ont été dites et écrites sur les identités trans depuis que la pratique de la transition médicale est sortie du secret de la pratique privée²³ pour se révéler au grand jour, entre autres par des cas célèbres comme celui de Christine Jorgensen au début des années 1950. Les premiers écrits médicaux et sexologiques sur le sujet ont fortement orienté la façon dont les identités trans ont été comprises pendant de nombreuses années. Parmi eux, on compte les écrits de Harry Benjamin, pionnier américain du traitement des personnes trans par la transition médicale, et inventeur du concept de transsexualité, c'est-à-dire de la distinction, dans une perspective médicale, des identités trans de l'homosexualité et du travestisme²⁴. On peut aussi compter les ouvrages de John Money, largement reconnu pour son rôle central dans la popularisation du concept de genre, et de Robert Stoller, l'inventeur du concept d'*identité de genre*.

Leurs ouvrages visaient à dresser un portrait de ce « nouveau phénomène »²⁵, auparavant méconnu autant par le grand public que par la communauté médicale et

²³ Macé, *op. cit.* et Drescher, *op. cit.*

²⁴ Si cette distinction est sujette à débat parmi certains spécialistes, elle est largement acceptée par le monde médical sous la forme d'une distinction entre *identité de genre* et *orientation sexuelle*.

²⁵ La démarche de ce mémoire implique pour moi de ne pas porter de jugement sur la *nature* des identités trans, mais seulement d'aborder comment elles se sont construites comme objet d'intervention et de production discursive. En ce sens, le style d'écriture pourra reprendre « telles quelles » certaines expressions sans établir explicitement une distance avec elles, afin de faire émerger chez le lecteur une compréhension de la façon dont un objet de savoir était conçu à une époque précise. Il ne faut pas y voir une opinion personnelle de ma part ni une prise de position théorique sur l'objet, mais seulement l'*explicitation* d'une conception cohérente de l'objet qui, elle, constitue l'objet de mon analyse.

académique. En ce sens, ils ont développé les premières étiologies et classifications à travers lesquelles ont été initialement comprises les identités trans. Sur ces premiers travaux, et ceux d'autres spécialistes qui les ont rapidement suivis, un consensus sur le traitement des personnes trans a fini par s'établir malgré une forte opposition initiale. L'échec des psychothérapies ayant été rapidement constaté²⁶, la transition médicale fut considérée comme la seule solution à la souffrance des personnes trans. Après une sélection sévère des candidats à la transition, ceux-ci devaient passer une période variable à vivre entièrement selon les rôles et stéréotypes de l'autre sexe. Le succès de ce test permettait alors au candidat l'accès aux traitements d'hormone et à la chirurgie, visant l'intégration complète des candidats au groupe du sexe opposé, ainsi que la nécessité pour eux de vivre secrètement parmi ce groupe²⁷.

Ce modèle de traitement des identités trans et ses résultats, connu et conçu comme *transsexualité*, n'est cependant pas resté longtemps l'apanage unique de la médecine, de la psychiatrie et de la sexologie comme objet de discours. L'atteinte par les personnes trans d'une certaine reconnaissance sociale a mené différents auteurs en sciences sociales à s'intéresser au phénomène dans les années 1970 et 1980. Cet intérêt ne s'est souvent pas fait dans le sens d'une reconnaissance de la subjectivité des personnes trans. En effet, plusieurs de ces auteurs travaillaient dans un cadre théorique reléguant la subjectivité à un effet des structures sociales, des transformations culturelles ou de grands mouvements historiques. On compte parmi

²⁶ Fisk, Norman M., 1974, « Gender dysphoria syndrome : The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen : Editorial comment on male transsexualism », *West J Med*, 120, may, pp. 386-391.

²⁷ Benjamin, Harry, 1966, *The Transsexual Phenomenon*, Julian Press. et Serano, Julia, 2007, *Whipping Girl : A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*, Berkeley : Seal Press, 408 p.

ces cadres théoriques les théories féministes de la « deuxième vague »²⁸, ainsi que la théorie critique²⁹. Dans ces perspectives, les identités trans seraient le résultat d'une réaction individuelle particulière à la rigidité des normes sociales liées au sexe et permises ou même créées par un nouveau segment de l'industrie médicale. Considérant les identités trans comme une interprétation d'eux-mêmes erronée des personnes trans, ces théories ont adopté une position normative négative envers ces identités et envers le processus de transition.

Cependant, dès les années 1980, différents auteurs en sciences sociales ont mobilisé des théories différentes pour analyser le phénomène des identités trans. À travers le socioconstructivisme et l'interactionnisme symbolique, l'ethnométhodologie et la théorisation ancrée, des auteurs en sciences sociales comme Richard Ekins et Anne Bolin ont donné une visibilité plus grande à un autre aspect des identités trans, soit l'existence d'une *communauté transgenre diversifiée* échappant au regard médical³⁰. Les personnes trans ont ainsi commencé à être

²⁸ Janice Raymond est la plus célèbre de ces auteures féministes critiques de la transsexualité. Il est important de préciser ici que la deuxième vague féministe n'a pas donné lieu à une réaction unanime contre la transsexualité. Principalement concentrée sur la théorisation normativement informée de l'oppression des femmes, la deuxième vague féministe a cependant développé un discours parallèle sur l'objet du *genre*. En effet, des auteures telles que Ann Oakley et Kate Millett se sont inspirées des travaux de la sexologie américaine des années 1960 pour théoriser la distinction entre sexe et genre. À ce sujet voir Thompson, D., 1991, *Reading between the lines: A lesbian feminist critique of feminist accounts of sexuality*. Spinifex Press. Cependant, ce parcours parallèle du concept de genre et son rôle dans la dénaturalisation grandissante de la catégorie de sexe dans les sociétés occidentales ne seront pas le sujet de la présente analyse, même s'ils seront abordés (brièvement) au chapitre 4 à travers l'impact qu'ils ont eu sur le discours que les sciences sociales ont posé sur les identités trans.

²⁹ L'article de Dwight Billing et Thomas Urban de 1987 sert ainsi souvent de repoussoir dans la littérature ultérieure sur les identités trans. Voir Billings, Dwight B. et Thomas Urban, 1987, « The Socio-Medical Construction of Transsexualism : An Interpretation and Critique », *Social Problems*, Vol. 29, No. 3, pp. 266-282.

³⁰ Il n'est pas question de prétendre que le regard des sciences sociales sur les identités trans a débuté avec les années 1980. Après tout, les travaux d'Harold Garfinkel sur des personnes transsexuelles datent des années 1960. Il importe cependant de préciser que c'est durant cette décennie que non seulement se sont multipliés les travaux sur les personnes trans au sein des sciences humaines, mais aussi qu'ils ont adopté une perspective nouvelle portant le regard sur la diversité liée au genre, plutôt que sur les seules personnes transsexuelles. À ce sujet, voir le chapitre 4.

objectivées dans le discours scientifique non plus seulement à travers une perspective médicale ou critique, mais à travers des perspectives donnant une place centrale à leur autocompréhension. De simples objets de discours, les personnes trans (à travers leurs pratiques sociales concrètes et la compréhension qu'elles en avaient) commencent à faire comprendre leur perspective sur elles-mêmes au monde extérieur. Dans le discours scientifique des sciences sociales, cette *réalité* des personnes trans apparaît comme un phénomène social objectif et indéniable.

Dans les années 1990, le champ discursif sur les identités trans a subi une transformation importante. À la suite d'une explosion du militantisme trans, les personnes trans commencent à se faire entendre autant dans les milieux académiques, que dans les milieux médicaux³¹. Ce changement, résultat d'une pratique politique et militante, s'est déroulé dans le contexte de deux grandes transformations du discours académique. En premier lieu, on peut constater une généralisation de l'utilisation du concept de *genre*. John Money est généralement crédité pour avoir donné au concept de genre le sens qu'on lui connaît aujourd'hui. Il s'agissait pour lui d'établir une distinction claire entre le sexe biologique d'un individu et l'ensemble des représentations, rôles et stéréotypes culturellement associé à ce sexe, un individu pouvant selon lui (initialement, dans ses premiers travaux) être socialisé dans un genre indépendamment de son sexe. Le concept de genre a été ensuite investi par les études féministes pour référer grâce à lui aux aspects sociaux de la différence de sexe, permettant ainsi un éloignement avec certaines théories féministes conçues comme trop essentialistes³². Deuxièmement, le concept d'identité, après avoir été popularisé

³¹ Drescher, *op. cit.*, Stryker, *op. cit.* et Serano, *op. cit.*

³² Nadal, Marie-José, 2016, « Les coopératives féminine de production au Yucatan : la recherche d'une identité sexuelle signifiante » dans Lamoureux, Diane (dir.), *Les limites de l'identité sexuelle*, Remue-Ménage, pp. 21-44.

dans le cadre des luttes collectives comme identité d'un groupe en lutte³³, a pris un tournant individualisant lorsqu'il a été récupéré dans le cadre de théories d'inspiration post-structuraliste dans les années 1990 pour référer à l'identité subjective d'une personne, conçue comme fluide et construite socialement, mais sans que l'on puisse insister sur ses causes sociales; une insistance qui serait considérée comme imposition de catégories fixes, qu'il convient plutôt de déconstruire³⁴.

Au carrefour de ces transformations, on retrouve la théorie *queer* dont l'auteure la plus importante est sans contredit Judith Butler³⁵. Dans son célèbre *Trouble dans le Genre*³⁶, elle problématise la représentation binaire des sexes et l'hétérosexualité comme fausse vérité qu'il convient de déconstruire. En effet, elle pose qu'il existe une *grille d'intelligibilité* qui unit dans la pensée le sexe mâle, le genre masculin et l'attrance envers les femmes, et qui unit le sexe femelle, le genre féminin et l'attrance envers les hommes. L'erreur, pour Butler, serait de réifier ces éléments, alors qu'ils seraient tous des construits historiques et artificiels. L'identité individuelle et les conceptions sociales s'articuleraient également sur une grille d'intelligibilité binaire du genre du fait de la répétition par chacun d'actes signifiants dans un contexte de régulation sociale. L'apparence de réalité qu'apporteraient ces performances répétées serait au coeur de la cohérence de la matrice d'intelligibilité :

³³ Brubaker, Rogers, 2001, « Au-delà de l'identité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2001/4 no 139, pp.66-85. et Perron, Paul-André, 2016, « Le je, le nous. Heurs et malheurs du concept d'identité » dans Lamoureux, Diane (dir.), *Les limites de l'identité sexuelle*, Remue-Ménage, pp. 151-162.

³⁴ Perron, *op. cit.* Cette méfiance envers les analyses et théories qui ne laissent pas place à la manifestation des individualités et à la diversité des vécus se retrouve maintenant dans l'ensemble des sciences sociales, comme l'illustre entre autres la tentative de Bernard Lahire de continuer l'oeuvre de Pierre Bourdieu en accordant une place centrale à la diversité des apprentissages et à la diversité des contextes.

³⁵ Si la dénaturalisation et la déconstruction du genre ne commencent pas avec Butler, celle-ci est largement reconnue pour avoir inscrit ces problématiques dans le cadre des théories post-modernes/post-structuralistes, ce qui a contribué à leur renouvellement.

³⁶ Butler, Judith, 1990, *Gender Trouble : Feminism and the subversion of identity*, Routledge, 172p.

le genre, et sa cohérence seraient donc d'abord une question de performance. Face à ces conclusions, le projet féministe et queer de Butler consiste en la subversion des normes de genre par la performance, c'est-à-dire la répétition modifiée et transformée de ces normes, pour à la fois ouvrir les frontières de ce qu'il est possible de penser comme sujet humain et miner l'apparence de naturalité de la binarité du genre.

C'est sur ce fond de théorie queer et de déconstructionnisme post-moderne qu'apparaissent au début des années 1990 des ouvrages écrits par des personnes trans, qui constitueront les premiers textes classiques des études transgenres³⁷, parmi lesquels on peut compter les écrits de Sandy Stone, Kate Bornstein, Pat Califia, et Susan Stryker. Ces textes visent d'abord à faire place aux perspectives des personnes trans et à dénoncer l'objectivation qu'elles subissent par les milieux médicaux, féministes et académiques³⁸. Ils prennent également comme objet la question du genre, c'est-à-dire la question des normes culturellement attachées à la binarité des sexes, mais avec un intérêt particulier pour l'ambiguïté et les expériences qui sortent de l'ordinaire, avec pour but de penser la diversité des genres³⁹ et de dénaturer les conceptions de l'homme et de la femme, ce qui les met parfois en opposition à certaines mouvances politiques et théoriques féministes et homosexuelles⁴⁰. Dans ce contexte de valorisation de la parole des personnes trans, la question des identités trans se fond avec la problématique queer de la diversité des genres. Il s'agit là d'un aspect productif des ouvrages et projets politiques des personnes trans, donnant lieu à

³⁷ Stryker, *op. cit.*, p.5

³⁸ Stryker, Susan, 2004, « Transgender Studies : Queer Theory's Evil Twin », *QLG : A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 10 :2, pp. 212-215.

³⁹ Hausman, Bernice, 2001, « Recent Transgender Theory », *Feminist Studies*, Vol. 27, No. 2, pp. 465-490.

⁴⁰ Stryker, 2004, *op. cit.*

l'adoption du terme *transgenre*⁴¹ et à l'inclusion reconnue dans les identités trans d'une grande variété de personnes (à la déception de plusieurs personnes s'identifiant comme *transsexuel-les*). Certains conflits ont cependant émergé de la proximité entre la théorie queer et la question de la reconnaissance des expériences trans. Par exemple, l'utilisation des identités trans comme cas de figure de l'indépendance entre sexe et genre dans certaines théories queer, qui a été conçue par certains comme participant à l'objectivation des personnes trans et l'effacement de leur perspectives⁴².

La prise de parole par les personnes trans ainsi que leur organisation au sein d'un mouvement politique ont façonné le champ discursif actuel sur les identités trans. Ces dernières ne sont aujourd'hui plus conçues comme un objet dont il convient de comprendre l'apparition et les causes, mais plutôt comme les manifestations d'une diversité naturelle, présente depuis les débuts de l'humanité, mais ne pouvant commencer à s'exprimer que depuis peu⁴³. Le discours médical, quant à lui, a été largement transformé par les revendications des personnes trans : face à la montée des critiques et au poids toujours plus grand des spécialistes eux-mêmes trans, de plus en plus de cliniciens et chercheurs ont adopté une position d'alliés des personnes trans et ont argumenté en faveur de la dépathologisation des identités trans⁴⁴. Aujourd'hui les spécialistes sceptiques de la transition, des adultes comme des mineurs, sont minoritaires dans la communauté des thérapeutes spécialisés sur la question, alors que le consensus se déplace vers la fin de la recherche des causes et de l'étiologie au profit

⁴¹ Stryker, 2006, *op. cit.*

⁴² Namaste, Ki, 1996, « Theory's Erasure of Transgender Subjectivity », *Queer Studies : A Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Anthology*, New York University Press, pp. 183-203.

⁴³ Voir les chapitres 4 et 6.

⁴⁴ Voir le chapitre 5.

de l'adaptation de la thérapie vers les besoins exprimés par les personnes trans⁴⁵. Ce déplacement du discours médical s'est concrétisé par les conceptions *trans-affirmatives* de la pratique thérapeutique s'articulant à une vision des identités trans comme étant d'origine biologique et naturelle, et proposant l'affirmation de l'identité comme méthode d'amélioration du bien-être et de la santé. Dans le milieu médical, cette transformation se manifeste par le modèle de *consentement éclairé*, où toute personne demandant l'accès aux techniques de transition (hormones et chirurgies), se voit accordée la responsabilité de déterminer ses besoins et d'assumer les conséquences de ses choix personnels.

Les combats menés par les personnes trans et leurs *alliés* pour faire changer les pratiques médicales et les différents cadres légaux concernant la transition légale ont également résulté en une vaste production de discours juridiques sur la question. En effet, les cadres légaux mis en place lors de la deuxième moitié du 20e siècle liés au *changement de sexe* ont souvent laissé un vide quant à la régulation des comportements de l'environnement social des personnes trans menant à de nombreuses situations de conflits, de limitation d'accès à différents services (incluant des services médicaux) et de discrimination. Articulé à la problématique de la défense des *droits fondamentaux* des personnes trans, le discours juridique sur la question s'est construit à travers une multitude de procès partout en Occident, mais aussi à travers différentes analyses de juristes sur la question publiées dans des articles académiques ou des documents produits par différents organismes⁴⁶. Un des plus importants de ces documents, les *Principes de Jogjakarta* publié en 2007 par un

⁴⁵ Il est question de la WPATH, mais aussi d'autres organismes nationaux comme la CPATH, dont les prises de position ne sont remises en question ou infirmées explicitement par aucun organisme médical reconnu.

⁴⁶ Cela sera détaillé au chapitre 6.

groupe d'experts, a consisté en différents principes devant être respectés⁴⁷ par les États en fonction d'une interprétation juridique de la situation des personnes trans informée par le droit international.

En ce sens, dans les années 2000 et 2010, parler des personnes trans a impliqué beaucoup plus qu'un discours sur la nature des identités trans et les services médicaux qui y étaient liés : la question de la place des personnes trans dans la société et la problématisation des actions des différentes institutions et des individus formant leur environnement social est devenue un aspect incontournable des discours effectués sur les identités trans, et c'est dans une large mesure dans le langage du droit que cette question s'est posée.

Au niveau des sciences sociales contemporaines, le climat politique de la lutte pour la reconnaissance sociale et légale des identités trans a donné lieu à un ensemble de recherches sur l'oppression des personnes trans. Accompagnant une littérature sociologique toujours grandissante sur les expériences trans, les sciences sociales développent aujourd'hui des analyses concevant les personnes trans comme un groupe opprimé et marginalisé, dont il convient de comprendre les particularités de l'oppression à travers des normes restrictives, ainsi que par l'action des institutions médicales et gouvernementales. Cette littérature, produite par des chercheurs trans ou alliés, à la fois dans la recherche académique et au sein d'organismes militants (trans ou LGBT) et de défense des droits, s'inscrit ouvertement dans un projet politique de libération des variances de genre dans le sens d'une autodéfinition individuelle libre de contraintes extérieures, et dans un projet de défense des droits visant l'amélioration du bien-être des personnes trans. À travers ces travaux, différents aspects du fonctionnement social (autant en terme de règles administratives, de fonctionnements institutionnels et de lois, que des normes à travers lesquelles les

⁴⁷ Si ce document n'a pas force de loi, il a eu un rôle important dans les évolutions juridiques récentes. Voir le chapitre 6.

individus interagissent entre eux) sont problématisés et conçus à travers leurs conséquences sur le bien-être et la santé psychique des personnes trans. Ainsi, de nombreux comportements comme le refus à certaines personnes trans de l'accès à des lieux séparés par sexe ou bien les attitudes non affirmatives de certains collègues de travail sont analysés à travers le cadre théorique de la *transphobie*, selon lequel des situations affectant la santé et le droit à l'existence sociale des personnes trans ont pour origine des représentations sociales erronées et nuisibles sur les identités trans. Ces productions scientifiques ont été largement mobilisées dans le but avoué de modifier les cadres juridiques régissant la reconnaissance de l'identité de genre de chacun, mais malgré la transformation radicale du cadre juridique dans certaines régions leur pertinence se fait toujours sentir du fait que l'égalité juridique n'entraîne pas nécessairement une modification immédiate des comportements individuels. La problématique de la *transphobie* et des difficultés que l'environnement social impose aux personnes trans reste donc un objet central de la recherche contemporaine en sciences sociales sur le sujet des identités trans.

Deux directions sont généralement adoptées dans l'étude des identités trans en sciences sociales : les études abordant un aspect particulier et méconnu de la vie de personnes trans (souvent un type de vécu dans une situation particulière) et les études visant à problématiser à des fins politiques le rapport des personnes trans avec leur environnement social, légal ou thérapeutique (dans un but normatif souvent assumé de libération des subjectivités trans). La distinction entre ces deux démarches est en réalité difficile à faire et relève plutôt d'un continuum d'investissement politique et normatif assumé dans la recherche et la théorisation.

Comme il a déjà été mentionné, la mobilisation politique de différents groupes militants trans, LGBT et différents alliés dans les domaines thérapeutique, juridique et académique a transformé au Québec et ailleurs en Occident le rapport de la société

aux personnes trans. En ce sens, si les identités trans sont toujours l'objet d'attitudes négatives de la part de plusieurs individus, il convient maintenant de rendre compte de la transformation sociale importante que constitue l'articulation des lois et règlements régissant le changement de sexe et l'interaction des personnes trans avec leur environnement social à la subjectivité individuelle de ces dernières plutôt qu'à des critères physiologiques et à l'autorité du monde thérapeutique.

En ce sens, la perspective qui sera adoptée dans ce mémoire n'est pas celle d'une interrogation sur *ce que sont* les identités trans ni sur *ce que vivent* les personnes trans, mais bien celle d'une interrogation sur une transformation historique particulière, qui est la transformation de la façon dont notre société conçoit et gère les identités trans. Deux aspects de cette transformation attirent particulièrement l'attention. Le premier est la régulation des comportements qui est passée d'une forte restriction du *changement de sexe* (à la fois au niveau légal et au niveau thérapeutique) à l'acceptation de l'identité subjective comme principale référence en terme de ce qu'est une personne en ce qui a trait au sexe et au genre (que ce soit au niveau de l'identification légale ou des interactions entre individus). Le deuxième est l'aspect discursif et langagier au coeur de cette transformation. En effet, les lois et règlements adoptés entre 2013 et 2016 ne renvoient pas qu'à la seule régulation des comportements : ils renvoient aussi à une transformation radicale de la logique qui sous-tend cette régulation. En ce sens, on peut observer une transformation du langage et de la conception de ce que sont les identités trans autant chez les législateurs que dans les lois qui sont adoptées. Un exemple est le rôle particulièrement important du concept de *genre* dans les nouvelles lois et les nouveaux règlements.

Loin de constituer une décision unilatérale de la législature, ces transformations des lois et règlements renvoient plutôt à leur *mise à jour* en concordance avec des pratiques sociales et des discours qui ont pour origine des lieux

divers dans la société⁴⁸. En effet, c'est à travers l'action de multiples organismes et acteurs des milieux militants, académiques et thérapeutiques que la législature a été interpellée et c'est à travers une conception particulière d'un nouveau problème social nécessitant une solution que cette interpellation s'est effectuée. Il semble donc qu'on puisse concevoir les différentes transformations qui ont été abordées jusqu'ici comme un changement dans la façon dont les identités trans ont été perçues, mais aussi comme un changement de ce qui a posé problème et a nécessité une solution en terme de régulation des comportements. Il semble également que non seulement ces changements font largement consensus au Québec et au Canada, mais également dans un nombre grandissant de pays à travers le monde, particulièrement en Occident. Il s'agit donc d'une transformation historique d'importance qui ne peut pas être comprise dans la seule analyse des combats politiques récents qui en ont constitué l'achèvement.

Une telle conception de l'objet de recherche, soit d'une double transformation d'abord dans le discours et les conceptions, ensuite dans un ensemble de techniques d'intervention pouvant être conçu comme un équilibre historiquement particulier ne découlant pas directement de la sphère politique, mais plutôt de lieux divers où s'est pensée une problématique, appelle naturellement à adopter la perspective de la généalogie foucauldienne, « [...] qui consiste à substituer à la lecture en terme de progrès des idées, des sentiments, etc., une lecture du seul progrès dans l'économie du pouvoir, le passage d'un art de gouverner à un autre en fonction des impasses rencontrées par le premier [...] »⁴⁹. Dans une telle perspective, la loi n'est qu'une *forme terminale* du pouvoir, en ce qu'elle n'est que la cristallisation temporaire des

⁴⁸ Voir le chapitre 6.

⁴⁹ Donzelot, Jacques, 1977, *La Police des Familles*, Éditions de Minuits, p.8

rapports de forces toujours changeants de différents lieux de la société⁵⁰. Il convient donc, pour comprendre l'établissement d'un consensus social que la loi vient en quelque sorte couronner ou sanctionner, d'analyser les différentes transformations dans ce que Foucault a appelé les *lieux de pouvoir-savoir*, soit ces espaces plus modestes où les différentes problématiques sociales se pensent, où l'on développe sur elles des discours particuliers et où se pratiquent différents types d'intervention à leur égard. Le but de ce mémoire sera donc de contribuer à l'analyse des différentes transformations dans le discours et dans les pratiques de différents lieux de pouvoir-savoir, qui ont mené à une transformation de l'expérience historiquement particulière que nous faisons des identités trans, et donc également de l'expérience que nous faisons du sexe.

Ma réflexion s'articulera sur deux questions de recherche. La première : quelles ont été les conditions de possibilité de l'effondrement du consensus du transsexualisme? La seconde : quelles ont été les conditions de possibilité d'un nouvel équilibre du pouvoir se manifestant au Québec en ce qui a trait aux identités trans et à la régulation sociale des comportements, et quelle forme adopte ce nouvel équilibre? Guidé par ces questionnements, j'effectuerai dans ce mémoire une analyse généalogique visant à comprendre les causes de la transformation du rapport que chaque personne au Québec est *incitée*⁵¹ à avoir avec l'objet de connaissance socialement pertinent que constituent aujourd'hui les identités trans. Je tenterai de défendre la thèse selon laquelle les transformations dans les conceptions et attitudes sociales envers les identités trans qui ont été mentionnées jusqu'ici peuvent être

⁵⁰ Foucault, Michel, 1991, *Histoire de la sexualité : 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, p.121

⁵¹ De par l'encadrement législatif en vigueur et par la présence d'un discours savant portant sur cet objet, dont l'autorité a été reconnue par la magistrature et la législature.

comprises comme renvoyant à deux « expériences historiques » profondément distinctes de la volonté de changement de sexe, expériences distinctes qu'il s'agira de décrire et d'expliquer.

CHAPITRE II

LA GÉNÉALOGIE ET L'ÉTUDE DES IDENTITÉS TRANS

Le travail d'analyse développé dans ce mémoire s'inscrit dans une perspective théorique et méthodologique d'inspiration foucauldienne. Ce chapitre abordera les éléments du cadre théorique qui seront mobilisés, la méthode généalogique, ainsi que le corpus qui sera analysé.

2.1 Cadre théorique

Michel Foucault a avancé un grand nombre de concepts tels que le *biopouvoir* et les *disciplines*, qui sont aujourd'hui largement utilisés en sciences sociales pour rendre compte d'un grand nombre de phénomènes, par exemple l'analyse du rôle de la médecine dans la société ou celle de l'immigration. Il ne sera cependant abordé ici que les éléments de l'oeuvre de Foucault propres à informer la méthode généalogique comme méthode d'analyse générale applicable à n'importe quel objet social. La conception foucauldienne du discours sera abordée suivie de celle du pouvoir, de celle de leur interaction, puis finalement celle de la pensée comme expérience historiquement située.

2.1.1 Le discours

La conception du discours mise de l'avant par Foucault s'articule à une conception critique de l'histoire. Plutôt que d'aborder celle-ci comme une suite de

grands événements ou encore comme la marche inéluctable d'un progrès dans les idées dont les impacts bienfaisants se seraient fait sentir autant dans la science que dans l'organisation sociale, Foucault conçoit l'histoire comme enchevêtrement de séries d'évènements déconnectées les unes des autres⁵². Les idées, les savoirs et les connaissances doivent, dans une même optique, être compris non pas comme découlant naturellement de grandes époques historiques ou bien comme l'évolution progressive de la pensée humaine vers la vérité, mais comme de multiples séries devant être conçues comme discontinues entre elles, sans que soient présupposés les liens qui les lient⁵³.

Cette posture critique mène ainsi Foucault à rejeter les notions utilisées communément pour classer les discours. Ainsi, les notions de traditions, d'influence, de mentalité, de livre ou d'oeuvre doivent être rejetées⁵⁴ au profit d'une nouvelle façon de comprendre le discours comme *événement discursif*, à comprendre dans les conditions historiques précises qui l'ont vu naître⁵⁵. Ce rejet de préconceptions sur le discours mène Foucault non seulement à un rejet du concept d'auteur et du rôle de la subjectivité dans l'émergence d'un discours, mais à une « réélaboration de la théorie du sujet »⁵⁶ où celui-ci perd son rôle dans le discours au profit de l'ensemble des conditions qui l'ont permis⁵⁷.

Dans l'*Archéologie du savoir* (1969), Foucault rend compte du discours à travers deux concepts fondamentaux : *l'énoncé* et la *formation discursive*. L'énoncé

⁵² Foucault, Michel, 1969, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, pp.16-17

⁵³ *ibid.*, p.17

⁵⁴ Si ce n'est que comme simple point de départ

⁵⁵ *ibid.*, pp.34-44

⁵⁶ Foucault, Michel, 1994b, « La Vérité et les Formes Juridiques », *Dits et écrits : 1954-1988*, Daniel Defert et François Ewald (dir.), 2e volumes, Gallimard, p.539

⁵⁷ Foucault, 1969, *op. cit.*, pp.130-132

est pour lui l'*atome du discours*⁵⁸, qui se distingue de la phrase et de la proposition logique. Ces dernières ont des règles de constructions différentes, comme la grammaire ou les règles logiques. Il définit plutôt l'énoncé comme « [...] modalité [d'un ensemble de signes] qui lui permet d'être en rapport avec un domaine d'objet, de prescrire une position définie à tout sujet possible, d'être situé parmi d'autres performances verbales, d'être doté enfin d'une matérialité répétable. »⁵⁹. En ce sens, l'énoncé établit un lien entre des signes et le contenu concret qui leur donne sens, et il articule ce sens à des objets précis. Une même phrase, prononcée deux fois, peut ainsi donner deux énoncés selon le contexte de l'énonciation.

Pour Foucault, ce contexte de l'énoncé, qui le caractérise et le différencie d'un autre, ne repose pas dans la volonté du sujet qui l'énonce, mais dans un *champ énonciatif* et une *matérialité* qui lui est propre. Le champ énonciatif est l'ensemble des énoncés dans lesquels un énoncé doit s'inscrire pour faire sens : énoncés précédents, énoncés auxquels il se réfère, énoncés dont il partage le statut, etc.⁶⁰. Il constitue l'aspect discursif du contexte de l'énoncé. Sa matérialité, quant à elle, peut être conçue comme son contexte social. Elle est à la fois constituée par l'ordre institutionnel dans lequel il se manifeste, mais aussi par l'utilisation stratégique qui donne lieu à son énonciation⁶¹. On voit donc comment, pour Foucault, l'analyse de l'énoncé passe par l'analyse du contexte historique particulier qui a donné lieu à son existence.

Cela est également vrai en ce qui a trait au discours, que Foucault définit comme un « [...] ensemble d'énoncés en tant qu'ils relèvent de la même formation

⁵⁸ *ibid.*, p.111

⁵⁹ Foucault, 1969, *op. cit.*, p.148

⁶⁰ *ibid.*, pp.132-137

⁶¹ *ibid.*, pp. 142-145

discursive [...] »⁶², où la *formation discursive* doit être comprise comme l'ensemble des *règles de formation* qui caractérise l'unité du discours. Foucault présente ces règles comme une mise en relation particulière de quatre éléments : les objets, les modalités d'énonciation, les concepts, et les choix thématiques. Les objets du discours renvoient pour lui aux *surfaces d'émergence* qui sont des lieux d'où certains objets émergent comme déviation ou problème⁶³. Ils renvoient aussi aux *instances de délimitation* qui ont le pouvoir de nommer ces objets (médecine, pédagogie, etc.), ainsi que les *grilles de spécifications* qui sont les façons particulières de mettre les objets en rapport entre eux. Ainsi, pour Foucault, ce dont on peut parler à une époque donnée relève de règles particulières qui font émerger des objets, plutôt que ceux-ci soient « découverts » par la rationalité et le progrès.

Les modalités énonciatives, quant à elle, renvoient aux différents types d'énoncés (description, analogie, etc.) qui constituent une formation discursive. Foucault conçoit leur formation comme découlant de la position de celui qui parle, soit son statut (lui donnant le droit de parler et d'être écouté), l'emplacement institutionnel qu'il occupe déterminant « [...] ses objets spécifiques et ses instruments de vérifications [...] »⁶⁴, et la grille d'interrogation avec laquelle il appréhende l'objet. C'est donc la position historiquement particulière de l'élocution qui détermine la façon dont les objets pourront être abordés plutôt que la subjectivité individuelle de celui qui énonce.

En ce qui a trait aux concepts présents dans une formation discursive, il est essentiel pour Foucault de comprendre le *champ d'énoncés* duquel ils peuvent

⁶² *ibid.*, p.161

⁶³ Foucault, 1969, *op. cit.*, p.60

⁶⁴ *ibid.*, p.73

émerger, soit l'ensemble des énoncés et des concepts déjà présents, mais aussi les règles qui déterminent les rapports pouvant être établis entre eux⁶⁵.

Finalement, les choix thématiques renvoient au fait qu'une même formation discursive permettrait différentes « théories, conceptions et thèmes »⁶⁶, les choix effectifs entre celles-ci dépendant de la place de ce discours parmi d'autres (qui aurait un effet d'exclusion de certains énoncés), ou bien par leur position stratégique dans un champ de pratique sociale⁶⁷.

Deux principes sont particulièrement à retenir de cette conception du discours : le principe de dispersion/discontinuité et le principe d'extériorité. La dispersion/discontinuité renvoie au fait qu'un discours particulier doit être compris dans le rapport particulier qui est le sien entre les quatre éléments précédemment abordés. C'est donc ces *règles de formations* qui lui sont uniques qui font sa particularité et son identité. Analyser un discours dans la perspective foucauldienne ne nécessite donc pas d'en étudier l'exhaustivité et d'en connaître tous les aspects⁶⁸, mais bien de *comprendre* ce qui fait sa particularité en le reconstruisant à travers une dispersion d'éléments partageant des conditions de possibilités similaires, qui le distinguent radicalement d'autres ensembles discursifs. Il faut donc concevoir le discours en terme de discontinuité. Deux discours semblant être l'évolution l'un de l'autre⁶⁹ doivent ainsi être conçus comme devant être *reconstruits* chacun indépendamment dans ses propres conditions et son propre contexte plutôt qu'en assumant leur continuité en traitant l'un comme l'évolution de l'autre.

⁶⁵ *ibid.*, pp.79-83

⁶⁶ *ibid.*, p.91

⁶⁷ *ibid.*, p.93

⁶⁸ Foucault, 1969, *op. cit.*, pp.104-105

⁶⁹ Par exemple, dans une même discipline, ou concernant un même objet

Le principe d'extériorité, quant à lui, renvoie au fait que pour Foucault, le discours doit être compris dans les conditions *extérieures* qui lui donnent son identité particulière. Comme il a été vu, une partie de ces conditions peut être comprise comme interne au discours, comme le rôle du champ d'énoncé dans les concepts qu'il est possible de mobiliser, ou bien encore le rôle des grilles de spécifications basées sur les savoirs disponibles avec lesquelles on peut appréhender des objets de discours. Cependant, Foucault accorde une place de grande importance à des conditions qu'on pourrait concevoir comme extérieure au discours. Parmi celles-ci on peut nommer la façon dont les théories sont stratégiquement choisies selon les statuts et positions⁷⁰, ou encore comment l'appréhension d'objets de la pensée dépend de la conjonction situationnelle pratique et particulière entre des *lieux d'émergence* et des instances ayant le droit de nommer et de produire un discours reconnu sur ce qui est problématique.

Dans ses travaux dits *archéologiques*, s'étendant d'*Histoire de la folie* à *l'Archéologie du Savoir*, et portant directement sur un ensemble de nouveaux savoirs produits en Occident au cours de l'émergence des sociétés modernes, Foucault situe l'extériorité permettant le discours dans une *pratique discursive*. À travers ce concept, les faits et événements extérieurs ne doivent être considérés qu'en ce qu'ils participent d'une énonciation effective. Ils ne sont que des *éléments* que la pratique discursive met en relation⁷¹. Il s'agit d'une conceptualisation qui s'articule entièrement sur le discours, même si elle tend à faire reposer son origine sur l'extériorité.

Or, dans ses travaux subséquents, Foucault déplace son analyse. Plutôt que d'étudier les savoir et discours en eux-mêmes et pour eux-mêmes, il pose leur origine dans les mouvements du *pouvoir*. C'est dans les travaux de Nietzsche qu'il trouve le

⁷⁰ *ibid.*, p.93

⁷¹ Foucault, 1969, *op. cit.*, pp.100-105

modèle d'un tel projet⁷². En effet, chez Nietzsche, il est question de problématiser la vérité et de trouver le processus véritable qui fait qu'elle advient. C'est dans la lutte entre les instincts que Nietzsche trouve la source de la vérité : cette dernière n'est qu'un résultat contingent de cette lutte⁷³. Foucault, procède donc à une réélaboration de la théorie du sujet, qui dépasse la nécessité de traiter les discours comme événements discontinus entre eux. À la suite de Nietzsche, il pose qu'une connaissance ou un savoir prétendant donner accès au monde peut être mieux compris comme une violence à ce monde, comme quelque chose de profondément humain sans attache véritable à celui-ci. La connaissance devrait plutôt être comprise comme un simple effet de surface dans un monde sans ordre intelligible⁷⁴. Le sujet que pose la rationalité occidentale, et qui à travers la connaissance, accède au monde objectif est ainsi posé comme *caduque*, et c'est comme occurrence historiquement contingente que doivent alors être conçues les connaissances, savoir et même le rapport à la vérité que les êtres humains construisent. De plus, Foucault s'inspire de Nietzsche en ce qu'il pose l'origine de cette occurrence dans une « dérisoire méchanceté »⁷⁵, un « petit commencement, bas, mesquin, inavouable »⁷⁶. Si Nietzsche comprend cette origine « véritable » (dans une conception critique de l'idée même d'une origine) de la connaissance dans les instincts, la volonté de domination et dans la lutte et ses hasards, Foucault, centrant ses travaux suivants sur l'objet du pouvoir, la situe dans sa propre conception du pouvoir comme lutte.

⁷² Foucault, Michel, 1994b, « La vérité et les formes juridiques », *Dits et écrits : 1954-1988*, Daniel Defert et François Ewald (dir.), 2e volume, Gallimard, p.542

⁷³ *ibid.*, p.545

⁷⁴ Foucault, 1994b, *op. cit.*, p.546

⁷⁵ Foucault, Michel, 1994a, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », *Dits et écrits : 1954-1988*, Daniel Defert et François Ewald (dir.), 2e volume, Gallimard, p.149

⁷⁶ Foucault, 1994b, *op. cit.*, p.544

Cette réorientation des travaux de Foucault s'effectue ainsi sur un nouvel objet, mais au centre de sa démarche, l'explication des discours, de la vérité et des formes de subjectivité reste centrale. Ainsi, dans *La Vérité et les Formes Juridiques*, Foucault analyse certaines *techniques* de pouvoir telles que l'épreuve ou l'enquête; dans *Surveiller et Punir*, il aborde certaines pratiques de pouvoir comme des logiques historiquement particulières englobant une multitude de pratiques locales différentes⁷⁷; et dans le premier volume de son *Histoire de la Sexualité*, il les aborde comme stratégies globales s'appuyant sur des mécanismes, des techniques et des dispositifs⁷⁸. Cependant, il est surtout question pour Foucault de montrer les effets des pratiques de pouvoir sur un ensemble d'éléments participant du domaine de la pensée. Dans *La Vérité et les Formes Juridiques*, il est question de l'effet des techniques de pouvoir sur la forme historiquement particulière que prend la vérité; dans *Surveiller et Punir*, il est question de l'effet des nouvelles logiques historiques du pouvoir sur des nouveaux savoirs sur l'individu et sur la constitution d'êtres humains pénétrés plus que jamais par leurs mécanismes; et dans le premier volume de son *Histoire de la Sexualité*, il est question de l'effet du biopouvoir non seulement sur la constitution de savoirs par lesquels on comprendra la sexualité, mais aussi la constitution de façons par lesquelles on se comprendra comme sujet individuel à partir de cette dernière. En ce qui a trait à l'analyse du discours, la réorientation des travaux de Foucault implique donc une priorité explicative à l'extériorité, bien que la relation entre le pouvoir et la connaissance soit plus complexe qu'une causalité unidirectionnelle.

2.1.2 Le Pouvoir

⁷⁷ Foucault, Michel, 1975, *Surveiller et punir : Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

⁷⁸ Foucault, Michel, 1976, *Histoire de la sexualité : 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

C'est dans le chapitre 4 du premier volume de son *Histoire de la Sexualité* que Foucault expose le plus clairement non seulement sa conception du pouvoir, mais aussi la conception du pouvoir dont il estime le dépassement nécessaire : il y a pour lui nécessité de dépasser une conception *juridico-discursive* du pouvoir, présente dans toute la société, mais aussi particulièrement dans les différents mouvements de libération ainsi que dans la théorie marxiste. Celle-ci serait caractérisée par une conception unitaire du pouvoir, qui s'exercerait de haut en bas, à travers la parole et l'interdit. Le problème d'une telle conception pour Foucault est qu'elle est liée à une conception insuffisante de l'activité de libération : ce qui est à libérer, que ce soit l'être humain et ses capacités ou bien la sexualité, serait alors conçu comme indépendant du pouvoir, dont la seule fonction serait la fonction négative de répression d'un potentiel, de ce qui est conçu comme bien. C'est pourquoi Foucault met de l'avant une conception du pouvoir basée sur les *rappports de forces* immanents à tout rapport social.

En effet, pour lui, tout rapport social, toute relation entre individus implique l'existence du pouvoir et la présence de luttes⁷⁹. En ce sens, le pouvoir peut être conçu comme « provenant d'en bas », comme quelque chose qui soit présent partout et à tous les niveaux dans le corps social, plutôt que comme un privilège détenu par une certaine classe et qu'elle exerce sur une autre. Or, les luttes et les affrontements sont conçus par Foucault comme transformant constamment les rapports de force. Le pouvoir est donc quelque chose à comprendre dans sa fluidité et son mouvement constant. Foucault décrit également le mode d'action du pouvoir, qui consiste pour lui non pas en la violence et la contrainte absolue, ou bien en l'entente intersubjective entre acteurs, mais dans la capacité pour certains de « [...] structurer le champ

⁷⁹ Foucault, 1976, *op. cit.*, pp.122-124

d'action éventuel des autres. »⁸⁰ Le pouvoir s'exerce ainsi pour lui dans l'action de *gouverner* sur des individus ou des groupes qui sont libres, c'est-à-dire qu'ils « [...] ont devant eux un champ de possibilités où plusieurs conduites, plusieurs réactions et divers modes de comportement peuvent prendre place. »⁸¹

Un autre aspect central dans la conception foucauldienne du pouvoir est que les rapports de pouvoir locaux s'appuient les uns sur les autres pour créer des effets de pouvoir plus globaux dans la société, qui ont ensuite comme résultat de *fixer* temporairement l'équilibre temporaire qui lie l'ensemble des rapports sociaux. C'est à travers le concept de *lieux locaux de pouvoir-savoir* que Foucault rend compte des rapports de force locaux⁸² où des intérêts locaux se manifeste souvent explicitement et où des savoirs se constituent pour organiser la gouvernance de ceux qui seront dirigés. Ils se distinguent des *stratégies d'ensemble* qui constituent les effets de leurs enchaînements, effets qui organisent la forme du pouvoir dans la société de façon anonyme, c'est-à-dire d'une façon qui échappe entièrement aux volontés humaines encore visibles dans les foyers locaux.

Ces grandes stratégies auront pour résultat selon Foucault de fixer temporairement le mouvement des rapports de force à travers les *formes terminales* du pouvoir que sont les appareils étatiques, les lois, et les formes d'hégémonie sociale⁸³. Cependant, ces fixations du pouvoir ne sont jamais permanentes puisque selon lui la résistance est toujours présente dans les rapports de force et elle est permise par la liberté nécessaire à l'action du pouvoir⁸⁴. De plus, les grandes

⁸⁰ Foucault, Michel, 1994c, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits : 1954-1988*, Daniel Defert et François Ewald (dir.), 4e volume, Gallimard, (s. d.)

⁸¹ *ibid.*

⁸² Foucault, 1976, *op. cit.*, p.129

⁸³ Foucault, 1976, *op. cit.*, p.121

⁸⁴ *ibid.*, p.127

stratégies de pouvoir ne sont que des équilibres toujours précaires et des changements dans certains foyers locaux peuvent participer à un renversement complet de l'ensemble de l'organisation du pouvoir dans la société, comme dans certains cas de mouvements sociaux et de révolutions.

Dans le cadre d'analyse foucauldien, le discours et le pouvoir sont donc deux éléments centraux qui ne peuvent être pensés l'un sans l'autre. Cette relation entre eux dépasse cependant la causalité unidirectionnelle du pouvoir sur le discours. En effet, Foucault précise que les objets du discours ne peuvent se constituer qu'à partir des relations de pouvoir⁸⁵. En ce sens ce qui n'est pas un enjeu du pouvoir n'entraîne pas la production de discours. Or, pour Foucault, le pouvoir ne peut se manifester que grâce à des *techniques de savoir* et des *procédures de discours*, c'est-à-dire que pour que le champ d'action de certains soit structuré, des savoirs doivent être développés au niveau local pour comprendre ce que l'on peut vouloir organiser ou structurer en terme de comportements humains, et des façons efficaces de parler des objets de compréhension et de contrôle devront être mise en place pour que la structuration des comportements soit effective⁸⁶.

Le pouvoir s'exerce donc à *travers* le discours (si certains éléments des techniques de pouvoir semblent échapper à l'aspect langagier, comme l'organisation architecturale, il faut cependant se rappeler que c'est à travers des savoirs particuliers que ces éléments sont mis en place). Ainsi, pour Foucault, même si les *techniques de savoir* et les *stratégies de pouvoir* sont distinctes et qu'elles « [...] ont leur rôle spécifique et s'articulent l'une sur l'autre. »⁸⁷, elles ne doivent jamais être conçues

⁸⁵ *ibid.*, pp.129-130

⁸⁶ Un exemple soulevé par Jacques Donzelot peut être trouvé dans le rôle des conseils à l'épargne dans la disciplinarisation du prolétariat au 19^e siècle

⁸⁷ Foucault, 1976, *op. cit.*, p.130

entièrement en extériorité l'une à l'autre. C'est pourquoi la double analyse de la vérité/connaissance et du pouvoir est d'abord l'analyse des *foyers locaux de pouvoir-savoir*⁸⁸ et l'analyse de leur modification constante ainsi que du jeu du double conditionnement entre ces foyers locaux et les stratégies d'ensemble du pouvoir.

En ce sens, l'analyse du pouvoir et celle des conceptions que nous avons de différents objets consiste en une analyse des modifications qui s'effectue d'abord dans ces foyers locaux, puis par la suite dans les stratégies d'ensemble et les multiples discours qui les constituent. Il s'agit d'une étude de la façon dont ce qui se pense et se fait en ce qui a trait à des objets socialement pertinents se modifie constamment. Un aspect important du rapport entre le discours et le pouvoir et leurs modifications constantes est la *polyvalence tactique des discours*⁸⁹. Pour Foucault, les discours ne doivent pas être conçus entièrement comme déterminés par une situation de pouvoir où un discours dominant sert les intérêts d'une classe dominante et entraîne en miroir un discours de résistance et de libération. Ils devraient plutôt être conçus comme « [...] des éléments ou des blocs tactiques dans le champ des rapports de force. »⁹⁰ Cela signifie que si un discours effectivement produit peut faciliter les effets du pouvoir, il peut toutefois être récupéré dans le cadre du mouvement des rapports de force et servir à renverser l'équilibre même du pouvoir qui l'a fait émerger. Ce fut le cas, pour Foucault, de la récupération par les personnes homosexuelles du discours médical à leur encontre. Parallèlement, l'absence de discours peut aussi avoir plusieurs fonctions tactiques, comme dans le cas de la relative tolérance des pratiques homosexuelles dans plusieurs sociétés ne les problématisant pas, une absence de

⁸⁸ *ibid.*, pp.130-131

⁸⁹ *ibid.*, p.133

⁹⁰ Foucault, 1976, *op. cit.*, p.134

discours qui peut cependant aussi limiter les possibilités émancipatrices qu'il pourrait contenir.

2.1.3 La vérité et les expériences historiquement particulières

Finalement, il sera ici abordé la question de la façon dont Foucault a expliqué sa démarche et l'objet que l'ensemble de son approche théorique vise à expliquer : la pensée comme expérience historiquement particulière. Revenant sur son oeuvre, Foucault la décrit comme « [...] une entreprise pour dégager quelques-uns des éléments qui pourraient servir à une histoire de la vérité. »⁹¹ Cette histoire de la vérité n'est pas pour Foucault l'histoire des représentations par lesquelles les sujets pensants ont développé une connaissance du réel d'abord chancelante, puis de plus en plus rigoureuse, rationnelle ou scientifique : ce serait là le mythe du progrès des connaissances auquel il s'est opposé dans ses premiers travaux. Au contraire, son histoire de la vérité se veut « [...] une analyse des "jeux de vérité", des jeux du vrai et du faux à travers lesquels l'être se constitue historiquement comme expérience, c'est-à-dire comme pouvant et devant être pensé.»⁹²

Il faut comprendre par là que si la démarche de Foucault prend pour objet la vérité, elle ne l'aborde pas dans le sens d'une épistémologie, mais dans le sens d'une ontologie. L'épistémologie se préoccupe de départager ce qui relève du savoir sur un monde objectif, distinct de la conscience qui l'appréhende, et ce qui relève de croyances fausses ou non justifiées sur ce monde⁹³. Or, selon Foucault, c'est l'idée même d'une séparation entre un sujet, une connaissance, et un monde objectif qui est

⁹¹ Foucault, Michel, 1984, *Histoire de la sexualité : 2, L'usage des plaisirs*. Paris, Gallimard, p.13

⁹² Foucault, 1984, *op. cit.*, p.13

⁹³ Steup, Matthias, 2005, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, récupéré sur <https://plato.stanford.edu/entries/epistemology/>

à revoir. Pour lui, non seulement le savoir découle-t-il de dynamiques et processus qui lui sont extérieurs et qui sont historiques, mais c'est également le cas pour le sujet lui-même, ainsi que pour le rapport que le sujet établit avec la vérité⁹⁴. La vérité n'est donc pas pour Foucault la correspondance des croyances humaines avec le monde réel : elle n'est qu'une dimension de la pensée humaine, et comme cette dernière elle est à la fois historiquement relative et constituée par des pratiques de pouvoir. La démarche de Foucault s'apparente plutôt à une ontologie, qui est, dans sa définition la plus large, l'étude de ce qui est, ou ce qui existe⁹⁵. Ce qui *est*, en ce qui concerne la démarche de Foucault, est « [...] l'être [se constituant] historiquement comme expérience [...] »⁹⁶ à travers des *jeux de vérité*.

Il faut ici comprendre par *être* non pas un monde objectif à connaître à travers une démarche épistémologiquement correcte (donc scientifique), mais le rapport particulier qu'un sujet historiquement constitué établit avec certains objets de connaissance particuliers. En effet, la question de *ce qui est* étant posée par la conscience, si on postule cette conscience comme toujours égale à elle-même et indépendante du monde sur lequel elle s'interroge, alors le questionnement ne touche que la nature du monde extérieur et son aspect réflexif n'est qu'épistémologique. Si à l'inverse, comme Foucault, on pose la conscience comme historiquement déterminée, alors la question de *ce qui est* ne peut faire l'économie d'une réflexion sur ce qui détermine la conscience - celle-là même qui tente d'accéder à la vérité sur l'être. la question de l'être peut alors être conçue pratiquement comme ne renvoyant qu'à la question de la détermination historique du sujet et de son rapport au monde. En ce sens, l'ontologie de Foucault relativise la conception scientifique du monde physique

⁹⁴ Foucault, 1994b, *op. cit.*, pp.538-546

⁹⁵ Hofweber, Thomas, 2004, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, récupéré sur <https://plato.stanford.edu/entries/logic-ontology/#Ont>

⁹⁶ Foucault, 1984, *op. cit.*, p.13

comme une façon de penser le monde parmi d'autres (sans nécessairement nier sa validité).

On peut comprendre de ce qui précède sur la démarche ontologique de Foucault que ce qu'une analyse articulée sur l'approche foucauldienne doit chercher à expliquer est le rapport historiquement particulier que le sujet humain établit avec des objets de connaissances particuliers. C'est ainsi que Foucault comprend les travaux qu'il a effectués : comme l'analyse de processus « [...] dont chacun renvoie à une expérience fondamentale : la folie, la maladie, la mort, le crime, la sexualité, etc. »⁹⁷ Une expérience renvoie pour Foucault au domaine de la pensée, qu'il distingue de celui de la représentation ou des idées et de celui de la pratique sociale ou du comportement⁹⁸. Il décrit également l'expérience comme « [...] la corrélation, dans une culture, entre domaines de savoir, types de normativité et formes de subjectivité. »⁹⁹. La normativité devant être comprise comme l'action du pouvoir.

En ce sens, l'objet de la démarche foucauldienne est la forme historiquement particulière que prend la *pensée humaine*. Celle-ci ne découle pas unilatéralement des grandes évolutions historiques (par exemple, la rationalisation de la société moderne occidentale), mais doit être comprise comme se constituant au gré de l'évolution des rapports de forces locaux et des objets précis appelant la constitution des savoirs et discours à leur propos et mobilisés stratégiquement au sein de ces rapports de force. L'analyse foucauldienne doit donc « [...] définir les conditions dans lesquelles l'être humain « problématise » ce qu'il est, ce qu'il fait et le monde dans lequel il vit. »¹⁰⁰ Si l'on considère que la démarche foucauldienne est également une démarche critique

⁹⁷ Foucault, 1994c, *op. cit.*

⁹⁸ Foucault, 1984, *op. cit.*, p.18

⁹⁹ *ibid.*, p.10

¹⁰⁰ Foucault, 1984, *op. cit.*, p.18

visant à se « déprendre de soi-même »¹⁰¹, on peut la concevoir comme devant porter sur l'histoire et les conditions qui ont constitué des expériences particulières que les membres de notre société vivent au sujet d'objets de connaissances particuliers. Effectuer une analyse foucauldienne consiste donc en la recherche des conditions qui ont fait que ces objets soient problématisés et deviennent objets de discours, dans une double analyse de la forme discursive de cette problématisation, mais aussi dans les déplacements des rapports de force et de l'équilibre du pouvoir qui l'ont rendue nécessaire.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Généalogie et archéologie

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire s'inspire de la généalogie foucauldienne. Il s'agit donc de baser l'analyse d'une transformation historique dans la pensée sur la démarche et la méthode développée par Michel Foucault. Or, il n'existe pas, à proprement parler, de méthode foucauldienne rigoureusement codifiée par Foucault lui-même¹⁰². Il est même possible de concevoir les différents textes où Foucault clarifie ou explicite théoriquement les analyses qu'il a effectuées lors de ses travaux comme des analyses ou des retours *a posteriori* sur sa démarche plutôt que comme des guides fiables sur les étapes claires qu'il aurait effectivement suivies lui-même lors de ses travaux¹⁰³.

¹⁰¹ *ibid.*, p.15

¹⁰² Hook, Derek, 2005, « Genealogy, discourse, 'effective history' : Foucault and the work of critique », *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), p.3

¹⁰³ Dean, Mitchell, 2002, *Critical and effective histories : Foucault's methods and historical sociology*, Routledge, p.2

L'entreprise de suivre la démarche de Foucault est aussi compliquée par les *déplacements théoriques* qu'il a effectués au cours de son oeuvre. En effet, on distingue généralement les travaux de Foucault en trois étapes. Premièrement, ses travaux *archéologiques* visaient à faire l'histoire d'un certain nombre de savoirs scientifiques et à montrer que ceux-ci tiraient leur origine non pas d'un progrès des connaissances qu'effectue un sujet abstrait, mais qu'on devait plutôt les concevoir comme des pratiques discursives discrètes les unes des autres ou comme des événements discursifs émergeant d'un contexte pratique, unique et propre à chaque discours. Ensuite les travaux *généalogiques* de Foucault s'intéressent à la question du pouvoir et il y décrit la genèse de diverses techniques ou dispositifs de pouvoir dont celui de l'enfermement carcéral ou bien le dispositif de la sexualité à travers lequel les individus sont individualisés. Ces travaux visent entre autres à montrer le rôle du pouvoir dans les transformations de la pensée humaine. Finalement, une troisième série de travaux non achevés s'attaque à la question du sujet et des formes historiques de la subjectivation.

Pour les deux premières catégories de travaux, il est possible d'identifier des ouvrages où Foucault a effectué une synthèse théorique pouvant servir de guide à ceux voulant suivre ses traces. Pour ses travaux archéologiques, Foucault a effectué une telle synthèse dans *L'Archéologie du savoir* (1969), un ouvrage ayant eu un grand impact en analyse de discours¹⁰⁴. Pour ses travaux portant sur le pouvoir, Foucault a explicité sa conception du pouvoir et son rapport aux savoirs, aux discours et à la pensée dans le premier tome de son *Histoire de la Sexualité* (1976), ainsi que dans l'introduction du deuxième tome (1984). En ce qui concerne ses travaux sur le thème du sujet, aucune synthèse de la sorte n'a été effectuée avant sa mort. Ainsi, il est largement reconnu qu'on peut distinguer trois périodes aux travaux de Foucault, et

¹⁰⁴ Maingueneau, Dominique, 2012, « Que cherchent les analystes du discours? », *Argumentation et analyse du discours*, (9), p.9

que ces travaux portent sur des objets différents¹⁰⁵. En terme de méthode cependant, un questionnement persiste. Y aurait-il une seule démarche foucauldienne ou bien les déplacements de regards effectués par Foucault participent-ils de démarches distinctes? Y a-t-il d'un côté l'archéologie, une méthode d'analyse portant entièrement sur le discours, et de l'autre une méthode généalogique portant sur les formes historiques du pouvoir?

Distinguer une méthode archéologique d'une méthode généalogique fait sens, en ce que Foucault, résumant sa méthode dans *L'Archéologie du savoir*, met de l'avant une démarche orientée vers l'analyse du discours : même l'extériorité (institutions, pratiques, etc.) participant de la constitution des discours est intégrée au concept de *pratique discursive*¹⁰⁶, un concept dont la conséquence est de ramener les conditions extra discursives du discours à ses seuls éléments constituant des conditions effectives du discours - donc de ramener l'extra discursif au discursif. Parallèlement, ses travaux sur le pouvoir visent entre autres à exposer différentes techniques ou dispositifs par lesquels le pouvoir s'exerce dans la société pour orienter les comportements et comment ce fonctionnement du pouvoir émerge dans un certain contexte historique qui le permet.

Il m'apparaît cependant qu'il est plus fécond d'aborder l'oeuvre de Foucault, ainsi que la démarche qu'il a mise en oeuvre dans l'unité qu'elle constitue. Dans une telle perspective, l'archéologie (et la limitation au discours qu'elle implique) peut être conçue comme une version plus ou moins désuète d'une démarche unique ayant été au coeur des travaux de Foucault. Comme le mentionne Derek Hook¹⁰⁷, on peut

¹⁰⁵ Dean, 2002, *op. cit.*, p.2

¹⁰⁶ Foucault, 1969, *op. cit.*, p.100

¹⁰⁷ Hook, Derek, 2001, « Discourse, Knowledge, Materiality, History : Foucault and Discourse Analysis », *Theory and Psychology*, 11(4), p.531

considérer la méthode foucauldienne à travers quatre principes mis en évidence dans *L'Ordre du discours* (1970)¹⁰⁸.

Le premier principe est celui de *renversement*, selon lequel on doit cesser de chercher une *origine* au discours et tenter de se défaire des préconceptions qu'on peut avoir sur celui-ci pour plutôt chercher les conditions qui limitent les possibles en terme de ce qui est dit. Le deuxième principe est celui de *discontinuité*, selon lequel le discours doit être conçu en terme de pratiques discontinues caractérisées par leurs règles particulières de formation. Le troisième principe est celui de *spécificité* selon lequel notre rapport au monde et au réel est structuré par les discours et historiquement déterminé. Finalement, le quatrième principe est celui d'*extériorité*, qui implique que le discours ne doit pas faire l'objet d'une interprétation, mais d'une analyse de ses conditions externes de possibilité.

En ce sens, le retournement théorique dont les travaux de Foucault ont fait l'objet après *L'Archéologie du Savoir* ne sont pas à comprendre uniquement comme un changement d'objet de recherche, mais bien comme un renforcement de la direction déjà prise. Comme il a déjà été mentionné, les travaux généalogiques de Foucault s'inspirent de la démarche de Nietzsche, qu'il estime être le premier à avoir fait une analyse historique du rapport de l'individu à la vérité. Ces travaux ne doivent donc pas être conçus comme seule analyse historique des formes de pouvoir, auquel cas il serait naturel de concevoir une déconnexion fondamentale entre l'archéologie et la généalogie.

À l'inverse, les travaux généalogiques de Foucault doivent être conçus comme un renforcement, dans l'analyse des discours qui structurent la pensée humaine, du principe d'extériorité. C'est en ce sens que la généalogie peut être conçue comme une version plus complète de l'archéologie. C'est dans le deuxième tome de son *Histoire*

¹⁰⁸ Foucault, Michel, 1990, *L'Ordre du discours : leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris, Gallimard.

de la sexualité qu'on peut trouver un appui important à cette interprétation de son oeuvre. En effet, abordant la question du déplacement de ces recherches vers le sujet et vers les pratiques de soi, Foucault résume l'ensemble de sa démarche jusque là comme la tentative d'établir une *histoire de la vérité* qui analyse « [...] non les comportements ni les idées, non les sociétés ni leurs « idéologies », mais les *problématisations* à travers lesquelles l'être se donne comme pouvant et devant être pensé et les *pratiques* à partir desquelles elles se forment. »¹⁰⁹ Il distingue également deux dimensions à l'analyse soit la dimension archéologique portant sur la forme des problématisations, et une dimension généalogique portant sur leur formation et leur modification par les pratiques sociales.

Or, l'une et l'autre ne peuvent être considérées comme pouvant être effectuées séparément. En effet, l'objet d'étude de la démarche foucauldienne est le domaine de la pensée humaine, étudié par une méthode historique et critique¹¹⁰ et elle vise à définir les conditions dans lesquelles l'être humain « [...] problématise ce qu'il est, ce qu'il fait et le monde dans lequel il vit. »¹¹¹ Ces problématisations sont pour Foucault ce qui constitue le domaine de la pensée et les « [...] jeux du vrai et du faux à travers lesquels l'être se constitue historiquement comme expérience. »¹¹² Le sujet humain est donc déterminé historiquement par les multiples expériences particulières qui le constituent, ces expériences pouvant être comprises comme « [...] la corrélation, dans une culture, entre domaines de savoir, types de normativité et formes de subjectivité. »¹¹³ où la normativité doit être comprise comme l'action du pouvoir.

¹⁰⁹ Foucault, 1984, *op. cit.*, p.19

¹¹⁰ *ibid.*, p.12 et p.18

¹¹¹ *ibid.*, p.18

¹¹² *ibid.*, p.13

¹¹³ *ibid.*, p.10

Ainsi, ce que Foucault cherche à comprendre et mettre en lumière par ses analyses n'est pas l'évolution des discours ou bien la transformation du pouvoir dans la société, mais bien l'expérience historiquement particulière qui émerge lorsque les transformations dans les pratiques (ce qui implique des transformations dans les savoirs, parfois du fait même de l'action de ces savoirs, et qui implique également une certaine contingence historique) mènent à des transformations de ce qui pose problème et qui entraîne une volonté de savoir et d'agir sur d'anciens ou de nouveaux objets de savoir ou d'intervention. Le but de sa démarche est donc d'en arriver à une meilleure compréhension d'un phénomène impliquant simultanément les aspects discursifs et extra-discursifs. Séparer l'analyse foucauldienne du discours de celle de son extériorité, de la matérialité et du pouvoir reviendrait justement à nier l'évolution de la pensée de Foucault et les liens qu'il a fini par établir entre le discours et le pouvoir. En ce sens, la généalogie foucauldienne ne sera pas comprise ici dans sens restreint d'une analyse du pouvoir, mais dans le sens large d'un « travail historique et critique » visant à identifier les conditions de possibilité des expériences historiquement particulières que nous faisons de certains objets et par lesquelles nous nous constituons comme sujet pensant.

2.2.2 La généalogie et l'analyse de discours

Foucault a laissé derrière lui de nombreux disciples qui se sont inspirés de ses travaux et ont utilisé ses concepts, ses réflexions et ce qu'ils comprenaient de sa méthode, soit en tentant de rester le plus fidèle à sa démarche ou bien en s'en inspirant plus librement pour construire leurs propres théories¹¹⁴. Une des principales inspirations du courant post-structuraliste américain, Foucault a beaucoup influencé

¹¹⁴ Jacques Donzelot parmi les premiers, Teresa De Lauretis et Judith Butler parmi les seconds.

le domaine de l'analyse de discours autant dans le monde francophone qu'anglophone. Puisque c'est largement comme analyse de discours qu'est classée la démarche foucauldienne, ou à tout le moins que peuvent être classées les analyses qui s'inspirent de sa méthode, il convient d'explicitier si la présente analyse constitue une analyse de discours malgré l'insistance qui a été mise jusqu'ici sur l'inséparabilité entre l'analyse du discours et celle du pouvoir.

L'analyse de discours est aujourd'hui largement présente dans de nombreuses disciplines en sciences sociales et elle peut prendre des formes très différentes, de sorte qu'on ne peut pas identifier une méthode unique aisément reproductible qui fasse consensus à son sujet¹¹⁵. Si pour certains, il y a autant de façon de procéder à une analyse de discours que de chercheurs¹¹⁶, certaines distinctions entre les méthodes peuvent cependant être identifiées, particulièrement en ce qui a trait au corpus et à la nature de l'analyse. En ce qui a trait au corpus, le discours qui est l'objet de l'analyse peut être considéré d'une façon simple comme toute production langagière visant une communication¹¹⁷, donc comme un ensemble de représentations (émergeant dans l'esprit de l'énonciateur) prenant une forme linguistique.

Une telle conception du discours peut s'appliquer à des constructions théoriques larges comme un discours « dominant » ou « raciste », mais aussi à des micro-interactions où les représentations sont considérées comme se construisant d'après les communications quotidiennes entre acteurs sociaux. Cette conception du discours peut même être élargie pour y inclure tout élément porteur de signification.

¹¹⁵ Cheek, Julianne, 2004, « At the Margins? Discourse Analysis and Qualitative Research », *Qualitative Health Research*, 14(8), p.1144

¹¹⁶ Parker, Ian, 1999, « Introduction : Varieties of Discourse and Analysis », dans Ian Parker et Bolton Discourse Network (dir.) *Critical Textwork : An Introduction to Varieties of Discourse and Analysis*, Open University Press, p.2

¹¹⁷ Cheek, *op. cit.*, p.1141

Ainsi, selon Ian Parker, des éléments visuels et spatiaux peuvent être inclus comme discours du moment qu'ils apparaissent comme symboliquement significatifs pour un observateur (et donc qu'ils sont susceptibles d'une analyse)¹¹⁸.

D'autres auteurs conçoivent l'analyse de discours à travers les sciences du langage. En effet, c'est largement par l'application des méthodes des sciences du langage que l'analyse de discours a émergé dans le monde francophone¹¹⁹, même si chez certains comme Foucault, c'est plutôt le rôle de repoussoir que les sciences du langage occupe. Dans cette perspective liée aux sciences du langage, le corpus du discours est limité à un matériel linguistique permettant l'application d'outils d'analyse provenant de la linguistique. Chez certains comme Dominique Maingueneau¹²⁰, ce qui est l'objet de l'analyse de discours est encore plus restreint, se limitant au sous-ensemble du matériel langagier qui occupe un certain rôle social (donc à l'exclusion des conversations quotidiennes, pour plutôt s'intéresser aux discours politiques ou médiatiques).

Dans tous les cas, les discours sont des constructions théoriques créées aux fins de la recherche et ils peuvent s'articuler à des façons déjà présentes dans le sens commun de découper le matériel langagier/significatif ou bien être le résultat d'une construction plus hétéroclite informée par la démarche particulière du chercheur¹²¹.

Les approches se distinguent également en terme de la nature de l'analyse proposée. Pour Julianne Cheek, l'analyse de discours n'est pas une méthode reproductible. Elle constitue plutôt une analyse discursive d'un matériel langagier informé par une conception particulière du discours et par un cadre théorique

¹¹⁸ Parker, *op. cit.*, p.3

¹¹⁹ Maingueneau, *op. cit.*, pp.2-3

¹²⁰ *ibid.*, p.4

¹²¹ *ibid.*, pp.7-10

particulier¹²². Se réclamant de Foucault, Cheek affirme que l'analyse de discours doit éviter de devenir une méthode standardisée pour préserver sa capacité d'outil *critique*. La rigueur de l'analyse proviendrait alors de la justification de la construction du corpus de discours en fonction de la conception particulière du discours choisie par l'auteur et en fonction de son cadre théorique¹²³. Elle proviendrait donc principalement de la transparence de l'auteur quant à sa démarche, ce qui permettrait autant aux lecteurs de pouvoir prendre leur distance de l'analyse¹²⁴ et à l'auteur de conserver sa capacité de critiquer des réalités sociales sans avoir à se soumettre à une méthode prédéterminée et fixe. Ian Parker adopte une position similaire, affirmant qu'il n'y a pas de méthode fixe à l'analyse de discours, chaque analyste devant arriver à développer sa propre façon d'approcher et d'analyser le discours¹²⁵. En ce sens, le travail d'analyse consiste en l'établissement d'un rapport subjectif et interprétatif au corpus capable de faire ressortir une interprétation particulière au sein de la *multiplicité* et de la *complexité* des significations possibles.

Comme le mentionne Derek Hook, le fait de procéder à une analyse de discours tout en s'inscrivant dans la perspective foucauldienne pose problème. En effet, l'analyse de discours en sciences sociales peut être résumée en l'analyse d'un corpus langagier ou significatif à travers une perspective théorique particulière permettant une lecture originale du matériel et surtout comme le mentionne Maigneueau (2012), en l'établissement d'un lien entre les aspects langagiers et les aspects proprement sociaux et non discursifs (sans ce dernier aspect, l'analyse de discours serait inséparable d'autres analyses en sciences du langage et ses résultats ne

¹²² Cheek, *op. cit.*, p.1146

¹²³ Cheek, *op. cit.*, p.1145

¹²⁴ Celle-ci ne prétendant pas être exhaustive quant à son objet

¹²⁵ Parker, *op. cit.*, p.2

pourraient appuyer un propos sociologique). Or l'analyse de discours s'articule principalement à un corpus précis construit par l'auteur de façon justifiée. Cela peut être conçu comme problématique dans une perspective foucauldienne ne se limitant pas à l'archéologie, puisque comme il a été vu jusqu'ici, pour Foucault, les discours, les pratiques sociales et la forme du pouvoir dans la société sont largement indissociables. Inclure dans l'analyse ce qui est extérieur au *texte* ou au langage peut alors être compris comme fondamental à une méthode généalogique.

Or, comme le mentionne Hook, l'analyse de discours accorde une priorité évidente au matériel langagier/significatif, l'analyse des autres éléments étant alors conçue comme secondaire¹²⁶. Il résulterait alors une nécessaire négligence de l'extra-discursif, une perte au niveau de l'analyse historique des pratiques et du pouvoir, pourtant fondamental à l'analyse foucauldienne. Hook pose la méthode d'analyse de discours proposé par Ian Parker comme un résultat de ce processus, dénonçant le rôle essentiel qu'y tient *l'interprétation* dans l'analyse. Foucault a, en effet, refusé le rôle de l'interprétation subjective dans l'analyse de ce qui se dit ou se pense, au profit de l'analyse des conditions de possibilité des discours. Hook propose plutôt que l'analyse qui soit effectuée à propos du discours soit proprement généalogique plutôt qu'une analyse de discours.

Pour ce faire, en s'inspirant des quatre principes de l'analyse exposée par Foucault dans *l'Ordre du discours*, il propose deux principes méthodologiques d'une analyse généalogique. Premièrement, le corpus sur lequel se penche l'analyse devrait inclure une pluralité d'éléments extra-discursifs et discursifs, tel des éléments langagiers, des pratiques sociales, des institutions, et différents types de réalités matérielles¹²⁷. À travers cette multiplicité d'information, l'analyse devrait procéder

¹²⁶ Hook, 2001, *op. cit.*, p.526

¹²⁷ *ibid.*, p.532

non pas à la construction de discours¹²⁸, mais à celle d'unités complexes liant les éléments discursifs et extra-discursifs dans un tout dont l'analyse serait simultanée. Un deuxième principe de l'analyse est qu'elle procéderait nécessairement par saturation théorique sans jamais prétendre à l'exhaustivité. En effet, puisque l'analyse serait celle des conditions de possibilité d'un discours, le recours nécessaire à une pluralité de type de sources impliquerait de prioriser la construction d'unités complexes dont la valeur heuristique permettrait de compenser ce que l'analyse perdrait en exhaustivité d'un matériel plus limité¹²⁹.

La généalogie, même dans le sens restreint d'une analyse du pouvoir, donne aussi une place prépondérante au discours et aux formes qu'adopte la pensée du fait des transformations dans l'action du pouvoir. Par exemple, l'analyse généalogique mise de l'avant par Jacques Donzelot dans *La police des familles* (1977)¹³⁰ vise à identifier les transformations pratiques historiques qui ont donné lieu à une « crise de la famille », soit l'idée que la famille traditionnelle serait en danger de dissolution. Il montre comment la société moderne capitaliste a nécessité dans son développement un ensemble de dispositifs de contrôle multiples de l'individu qui ont remplacé le *dispositif de l'alliance* par lequel le contrôle de la population s'exerçait à travers l'autorité du père de famille dans une logique d'assurer le pouvoir et le prestige de la famille contre les autres. Pour Donzelot, la soi-disant crise de la famille tire ses racines de l'émergence d'un nouveau fonctionnement social (que Foucault appellera le *dispositif de la sexualité*) dont il expose l'émergence.

Si son analyse porte sur les pratiques et le fonctionnement social, et qu'elle se base largement non pas sur le seul discours, mais aussi sur des ouvrages de référence

¹²⁸ Comme construction méthodologiquement justifiée d'un corpus langagier.

¹²⁹ Un principe qui est mis de l'avant par Foucault dans : Foucault, 1969, *op. cit.*, p.104

¹³⁰ Donzelot, *op. cit.*

historiques, l'entièreté de la démarche est pourtant fidèle aux préceptes foucaaldiens d'analyse du discours. Ainsi, Donzelot expose les types de savoirs qui portaient sur certains objets (par exemple, la mortalité infantile), ainsi que les événements historiques, sociaux et extra-discursifs qui ont émergé en rapport à ces objets pour participer d'un *problème social devant être réglé*. Il expose également les discours qui ont émergé dans le nouveau contexte pour rendre compte de la transformation de ces différents objets sociaux et de certaines normativités (ou volonté de pouvoir) qui ont émergé dans différentes positions sociales en rapport à ces objets. Finalement, il explique la transformation dans l'exercice du pouvoir qui a effectivement eu lieu, parfois par la victoire de certaines positions normatives sur d'autres, ou par l'émergence d'une sorte de consensus pratique liant les différentes positions et n'ayant été pensé ou réfléchi explicitement par personne.

En respect du principe de discontinuité fondamental à la méthode foucauldienne, cette démarche est appliquée à différentes transformations ayant eu lieu en différents lieux sociaux (par exemple, ici le développement de l'hygiénisme et ses discours, là le rôle des lois de protection de l'enfance et les problèmes sociaux qu'elles visaient à régler). Il s'agit donc de montrer comment différentes transformations sociales dans les pratiques et la pensée ont émergé, parfois de façon largement indépendante les unes des autres, pour former le terrain (les conditions de possibilité) d'une grande transformation sociale qui est l'objet central de l'analyse.

Une telle démarche, bien qu'elle soit classée par plusieurs comme une « analyse du pouvoir » est largement similaire à celle que Foucault met de l'avant dans ses premiers travaux archéologiques, pourtant considérés comme « analyse de discours », particulièrement son *Histoire de la Folie* (1964), bien que (tel que mentionné plus tôt), Foucault accordait un rôle particulièrement important aux conditions historiques sans trop théoriser sur les formes du pouvoir comme dans ses travaux suivants. Il m'apparaît donc qu'entre une analyse de discours inspirée de la

méthode de Foucault et une analyse s'inspirant de la généalogie foucauldienne, la différence ne peut pas être de nature, mais de degré : si le matériel de l'analyse est principalement discursif, on tendra vers l'analyse de discours, si le matériel est autant discursif qu'historique, on tendra vers la généalogie. En ce sens, une analyse de discours « foucauldienne » repose plus sur un déficit (justifiable par différentes conditions de la démarche) de matériel extra-discursif que sur une application rigoureuse de la démarche de Michel Foucault.

L'analyse développée dans ce mémoire s'inspirera largement de la démarche généalogique foucauldienne utilisée par Jacques Donzelot dans *La police des familles*. Elle visera à faire l'analyse d'une transformation sociale dans la pensée, en faisant l'histoire des différentes transformations discrètes en des lieux sociaux divers qui ont tranquillement constitué les conditions de possibilité historiques de cette transformation. En ce sens, la méthode d'analyse se veut généalogique. Cependant, les contraintes liées à cet exercice, un mémoire de maîtrise, m'emmènent à restreindre l'analyse à un corpus clairement identifiable. En ce sens, le matériel de l'analyse penchera beaucoup vers un matériel plus discursif qu'historique.

2.3 Corpus

L'analyse s'effectuera sur un ensemble de discours prenant les identités trans comme objet. En accord avec la généalogie foucauldienne, le matériel discursif servira à une double analyse des transformations des pratiques et des discours, c'est-à-dire une analyse autant de la transformation interne des discours que de la transformation des pratiques sociales (des ouvrages de référence seront aussi consultés pour compléter l'information ainsi obtenue). Quatre ensembles discursifs découlant de deux moments de problématisation sociale des identités trans seront pris comme point

de départ de l'analyse.

Le premier moment de problématisation sociale (médicale, légale, administrative, etc.) sera analysé à travers un ensemble discursif comprenant les premiers discours médicaux sur le sujet dans les années 1960 et 1970. Ces premiers écrits médicaux seront principalement représentés par *The Transsexual Phenomenon* de Harry Benjamin et *Sex and Gender* de Robert Stoller, qui sont les deux ouvrages fondamentaux sur le transsexualisme dans les années 1960. Des chapitres pertinents de l'ouvrage classique de 1969 sur la transsexualité *Transsexualism and Sex Reassignment* dirigé par Richard Green et John Money seront aussi consultés, en plus de différents articles scientifiques.

Une difficulté de l'application de la méthode généalogique est que si elle permet d'expliquer certaines transformations d'importance dans les pratiques et dans la pensée, elle nécessite un ancrage particulier dans une aire géographique particulière, puisqu'elle met l'accent sur l'équilibre du pouvoir résultant de l'articulation de différents lieux locaux de pouvoir-savoir. C'est cet équilibre particulier qui permet de comprendre le regard qu'il est permis de porter sur certains objets de connaissances à ceux qui y sont intégrés. Si certaines régions du monde, comme la France, sont assez grandes pour être des lieux quasi autonomes de production de savoir et de développement de techniques d'intervention (ce qui n'est jamais entièrement vrai), le Québec, de par son plus faible poids démographique et son inscription dans la Confédération canadienne, ne peut pas être pris comme une entité complètement autonome.

Ainsi, puisque l'interrogation porte sur une transformation législative importante au Québec, mais que celui-ci ne peut être compris comme le lieu —

largement autonome — d'émergence de savoirs originaux¹³¹, un certain aller-retour entre une échelle d'analyse locale et une autre occidentale/internationale sera nécessaire. Il est une nécessité du fait qu'on ne cherche pas ici à proposer des affirmations objectivement correctes sur un corpus restreint en bien défini, mais à procéder à une forme d'explication d'une transformation contemporaine dans la pensée. L'analyse doit donc, dans ce contexte, porter son regard sur l'ensemble des éléments jugés pertinents comme *conditions historiques* de cette transformation.

Le matériel qui sera ici analysé dans le cadre de tels « détours » pourra sembler trop centré sur des auteurs américains alors que l'objet d'interrogation initial porte sur le Québec. Or, les auteurs américains ont souvent été les premiers à procéder aux innovations théoriques qui seront abordés. Puisque ce sont les transformations/innovations qui sont l'objet de la présente étude et non pas le portait exhaustif des spécificités locales (ou d'une spécificité locale), la référence à ces auteurs/discours est inévitable. Cela est d'autant plus vrai que le contexte d'émergence de ces discours se verra ici accorder une grande importance. Aborder les seuls discours québécois mènerait en ce sens à déconnecter ce qui se trouve souvent être des récupérations « tardives » du contexte social d'émergence historiquement particulier qui a permis de penser ces innovations théoriques. Les transformations étudiées ici dans le cas du Québec peuvent être comprises comme l'illustration dans un cas local particulier d'un phénomène affectant l'ensemble de l'Occident¹³².

¹³¹ On pourrait affirmer, sur le sujet des identités trans, que le Québec suit largement les tendances du monde anglophone avec plusieurs années de retard, sans qu'il soit possible de départager ce qui relève de la récupération « tardive » de ce qui relève des particularités locales. Par exemple, si le langage du discours expert militant québécois (voir chapitre 6) s'articule largement à une conception du sexe véritable d'un individu comme *genre* et réfère beaucoup à des auteurs anglophones, il laisse toutefois une place d'importance au concept de *transsexualité*, un concept largement abandonné par la littérature anglophone récente.

¹³² J'inclus aussi dans l'Occident, ce que Alain Rouquié a qualifié « d'Extrême-Occident », soit les sociétés d'Amérique latine, dont certaines, comme l'Argentine sont très proches des sociétés européennes et américaines. L'Argentine est d'ailleurs le premier pays à avoir adopté une législation articulant la catégorie de sexe à l'auto-identification.

Les conceptions médicales québécoises des années 1960 et 1970 seront donc aussi analysées à travers les présentations au premier colloque réunissant les spécialistes québécois sur la question en 1975 qui ont été publiées sous forme d'articles dans un numéro de 1978 des *Cahiers de sexologie clinique*. Les travaux parlementaires ainsi que les travaux du comité de révision du Code civil des années 1970 qui ont permis l'instauration du modèle traditionnel de gestion de la *transsexualité* au Québec seront également consultés.

Le deuxième moment de problématisation sociale des identités trans (et le nouveau modèle qui émerge de cette problématisation) sera analysé à travers trois ensembles discursifs.

Le premier d'entre eux consiste en les différents discours scientifiques qui se sont développés dans les années 1980 et 1990 sur les identités trans à l'extérieur du modèle médical traditionnel. Ces discours, qui ont développé une conception alternative des identités trans dans le monde académique proviennent de multiples lieux. Parmi ceux-ci on compte l'expertise (de plus en plus reconnue) des personnes trans sur leurs vécus, mais aussi la contribution des sciences sociales dans ce champ d'études. C'est principalement par l'analyse de *Current Concepts in Transgender Identity*, une anthologie publiée en 1998, que le nouveau savoir académique sur les identités trans sera abordé. En effet, tout comme *Transsexualism and Sex Reassignment in 1969* dont il se veut une réponse, cet ouvrage réunit un grand nombre des spécialistes les plus importants sur la question des identités trans à l'époque. D'autres articles scientifiques pertinents seront aussi consultés. Puisqu'il s'agit ici de l'analyse de transformations majeures dans le champ scientifique sur l'objet des identités trans, c'est la littérature scientifique produite par des experts de renommée internationale (provenant de divers pays, mais principalement des États-Unis) qui sera consultée. Pour cet ensemble discursif, ainsi que pour le suivant, on

restera donc à un niveau d'analyse occidentale sans analyser un corpus québécois sur la question.

Le deuxième ensemble discursif de la problématisation sociale ayant mené au modèle contemporain de gestion des identités trans consiste en le discours médical contemporain sur la question, particulièrement les discussions ayant eu lieu dans les milieux médical et thérapeutique face aux demandes de dépathologisation. Le matériel analysé sera les résultats des débats et les revues de littérature effectuées par les différents comités chargés des révisions des Standards de Soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et qui ont été publiés dans des revues scientifiques. En effet, ces travaux qui s'étendent du milieu des années 2000 au début des années 2010 ont résulté en une dépathologisation explicite des identités trans qui constitue un virage important dans le discours médical et thérapeutique international sur cet objet. Ils constituent donc une référence incontournable pour comprendre l'état du discours médical contemporain sur les identités trans et sa genèse. D'autres ouvrages et articles seront aussi consultés, comme *Transgender Emergence* de Arlene Istar Lev, une travailleuse sociale et thérapeute américaine respectée pour son expertise sur la question des identités trans qui développe un argumentaire détaillé pour l'adoption d'un nouveau type de modèle thérapeutique concernant les personnes trans.

Finalement, le dernier ensemble discursif concerne la problématisation politique du consensus traditionnel sur la régulation du changement de sexe légal au Québec qui s'est déroulé de 2013 à 2016 lors de différents travaux parlementaires et consultatifs. Il s'agit de l'application au Québec, par la régulation législative et réglementaire locale des comportements, d'une logique d'action qui a pris naissance en premier lieu dans les discours académiques, juridiques et thérapeutiques transnationaux et internationaux, mais qui a nécessité, pour ce faire, l'intervention

d'acteurs locaux. En ce sens, l'échelle d'analyse sera locale puisque ce n'est pas un savoir scientifique de portée internationale qui sera analysé, mais un ensemble de productions discursives québécoises produites dans le contexte particulier d'une problématisation politique de la place des identités trans dans la société québécoise.

L'analyse de cette problématisation politique s'effectuera principalement sur les transcriptions et vidéos de certains travaux législatifs de l'Assemblée nationale ainsi que ceux des comités parlementaires chargés de la question des lois concernant le changement de sexe et l'interaction des personnes trans avec leur environnement social. Les travaux sur les projets de loi 35 et 103, de 2013 à 2016, ainsi que ceux sur le règlement relatif au changement de nom et de la mention de sexe en 2015, constitueront le matériel principal. En effet, c'est dans le cadre de ces projets de loi que les législateurs québécois ont effectué des consultations publiques sur la question des identités trans et qu'ils ont procédé à différentes transformations des lois et règlements visant non seulement à faciliter la transition légale, mais aussi à faciliter la pratique de la transition sociale, par l'inclusion de l'identité de genre et de l'expression de genre comme motif interdit de discrimination. Toutes les contributions sous forme de mémoires et de témoignages qui ont été entendus durant ces procédures feront partie du matériel. Tous les précédents légaux et les jugements de courts pertinents à ces processus seront aussi inclus dans le matériel, tous comme tout document jugé pertinent.

Il est certain que le matériel discursif sur lequel se base l'analyse n'est pas exhaustif. Beaucoup d'autres choses ont été dites sur les identités trans, le sexe et le genre que ce qui a été retenu aux fins de l'analyse. L'objet de l'analyse, une transformation radicale de la façon dont les identités trans sont aujourd'hui conçues au Québec (et plus largement en Occident), a nécessité une grande diversité de sources et, si j'ai tenté de sélectionner celles qui étaient les plus importantes ou

pertinentes, c'est un principe de *saturation théorique*¹³³ qui a ultimement dirigé la sélection du matériel discursif. En effet, tel que mentionné plus haut, il n'est pas nécessaire, dans le cadre d'une généalogie, qu'un discours soit étudié le plus exhaustivement possible. Il importe plutôt de comprendre et de saisir ce qui fait sa particularité. C'est en ce sens que le corpus a été choisi : dès que les repères incontournables d'un discours pouvaient être balisés, que le champ des énoncés sur lequel il s'est construit ainsi que son contexte pratique d'apparition pouvaient être saisi, il convenait de passer à l'analyse d'un nouvel ensemble discursif. En effet, cette façon de procéder a permis de dégager les différentes façons dont les identités trans ont été problématisées comme objet de savoir et d'intervention, et de rendre ainsi compte d'une transformation d'envergure au niveau des discours qui sont aujourd'hui disponibles pour les penser.

Une dernière limite du matériel concerne son positionnement géographique. Comme il a déjà été discuté plus haut, l'analyse de la transformation du rapport qu'il est permis d'entretenir avec les identités trans au Québec nécessite un aller-retour entre une échelle locale et une échelle internationale ou transnationale. Des pratiques et discours locaux côtoient en effet les productions et publications de différents groupes d'experts et d'acteurs présents dans de nombreux pays et au sein de différents projets de collaboration ou de différentes institutions faisant autorité dans leur domaine¹³⁴. C'est le modèle québécois d'intervention sur l'objet des identités trans qui est ici étudié ainsi que les conceptions de cet objet de savoir sur lesquels il s'appuie pour le problématiser. En ce sens, dès qu'il est question d'une

¹³³ J'utilise ce terme dans l'acception que lui donne la théorisation ancrée en recherche qualitative, c'est-à-dire un moment où la collecte de donnée ne permet plus d'enrichir la conceptualisation d'un phénomène. Voir Guillemette, François, 2006, « L'approche de la *Grounded Theory*; pour innover? », *Recherches Qualitatives*, 26(1), pp.32-50.

¹³⁴ Par exemple, la WPATH, qui sert de référence et d'autorité sur la question des soins liés aux identités trans dans de nombreux pays.

problématisation sociale et politique concrète, le corpus porte sur un matériel québécois¹³⁵. Cependant, afin de comprendre les transformations qui ont eu lieu au sein des discours scientifiques portant sur les identités trans, j'ai jugé préférable qu'en cette matière le corpus porte sur les auteurs et institutions ayant eu le plus grand effet, dont les productions ont pu être ensuite reprises par les spécialistes et militants au niveau local.

¹³⁵ En partie pour le chapitre 3, qui ne concerne pas uniquement la première problématisation politique, et entièrement pour le chapitre 6. Du fait de l'impact de la jurisprudence canadienne sur certains décisions politiques et juridiques québécoises, certains jugements canadiens hors Québec ont aussi été consultés

CHAPITRE III

LA *TRANSSEXUALITÉ* ET LE MODÈLE MÉDICAL TRADITIONNEL

Dans la seconde moitié du 20^e siècle, un ensemble de discours émerge, qui prend comme objet la question du changement de sexe. Autrefois réservés aux personnes intersexes, les techniques médicales permettant de modifier un corps en fonction de son rapprochement avec le corps « normal » d'un sexe ou de l'autre commencent à être utilisées pour répondre à une demande nouvelle et incompréhensible pour beaucoup à l'époque : celle d'un changement de sexe par des personnes qu'on qualifiera de transsexuelles. Ces nouvelles possibilités de transformation du corps et leur circulation dans les médias entraîneront l'émergence d'un phénomène nouveau, le transsexualisme, et d'une catégorie nosographique nouvelle (le transsexualisme, puis le trouble de l'identité de genre) servant à la fois de point d'intervention médicale et d'identification subjective par un certain nombre de personnes. L'émergence de ce phénomène, sa « découverte » par l'univers médical, entraînera une réponse des autorités, d'abord dans le sens de la reconnaissance de la transition médicale comme traitement, puis dans le sens d'un état d'exception dans les lois régissant le sexe légal des individus pour permettre aux personnes transsexuelles de vivre légalement comme membre de l'autre sexe.

3.1 Sexologie, gestion de la sexualité déviante et biopouvoir

Dans le premier tome de son *Histoire de la Sexualité*¹³⁶, Foucault pose l'émergence d'un discours savant sur la sexualité dans le développement des formes de pouvoir dans la société occidentale moderne. Dès les 16e et 17e siècles, le *droit de mort*, par lequel le souverain pose les limites au-delà desquelles ses sujets seront punis est lentement remplacé par le *pouvoir sur la vie*, constitué d'un ensemble de mécanismes de surveillance et de contrôle direct de la population¹³⁷ et l'émergence de ce que Foucault appelle le *biopouvoir*, c'est-à-dire la conjonction entre d'un côté l'émergence dans diverses institutions de techniques permettant une prise directe sur les corps, ce qu'il appelle *les disciplines*, et de l'autre l'émergence dans la rationalité politique de la vie et particulièrement de la population comme objet à entretenir et valoriser, ce qu'il appelle *la biopolitique*. Comme « point imaginaire » situé entre le corps et la population, le sexe devient alors un objet privilégié de discours et d'intervention. Pour Foucault, le désir, comme objet autour duquel se construisent des discours passe alors d'un dispositif de pouvoir, celui de *l'alliance*, à un autre, le dispositif de *la sexualité*¹³⁸. Cela signifie qu'une forme de pouvoir axé sur l'autorité de la famille sur ses membres, les alliances matrimoniales entre les familles, ainsi que l'utilisation réciproque de la famille par le gouvernement est remplacée tranquillement¹³⁹ par une autre où la nécessité de contrôler les corps et de gérer la population dans le cadre de l'industrialisation et de l'urbanisation voit apparaître le

¹³⁶ Le présent chapitre se basera plus que les suivants sur des ouvrages historiques de référence. Cela est dû au fait que l'objet de ce mémoire est la transformation du *transsexualisme aux identités trans* et non pas l'émergence du transsexualisme. Si je cherche ici à aborder la construction du transsexualisme, c'est principalement parce que l'analyse généalogique nécessite un point de départ et qu'il importe d'explicitier clairement ce que les identités trans *ont cessé d'être* pour aborder ce qu'elles sont aujourd'hui.

¹³⁷ Voir le chapitre 5 de Foucault, 1975, *op. cit.*, particulièrement pp.177-191

¹³⁸ *ibid.* p.140

¹³⁹ Ce qui implique une cohabitation des deux logiques de pouvoir se manifestant dans une forme initiale du dispositif de la sexualité respectant les logiques de celui de l'alliance : multiplications des interdictions concernant les manifestations du désir impropre au maintien de la famille, utilisation d'un langage du sang et de la race, etc. À ce sujet voir Foucault, 1975, *op. cit.*, pp.140-148 et pp.193-203

développement d'appareils de contrôle sur les individus qui court-circuitent le recours à l'autorité familiale¹⁴⁰.

Un certain nombre de discours prenant le sexe pour objet émergent donc dès le 18e siècle. Remplaçant un discours moral et légal visant à protéger la famille patriarcale, ces nouveaux discours prennent pour objets un ensemble de comportements qui échappaient auparavant à l'attention comme la sexualité des enfants et les comportements sexuels échappant à la norme¹⁴¹. Ils proviennent de divers lieux de production, comme la pédagogie, la médecine, l'économie politique et la démographie, et s'articulent autour de quatre problématiques particulières : les comportements de certaines femmes non conformes à une nouvelle conception de la femme lié à la reproduction, les comportements sexuels des enfants (particulièrement la masturbation), les « perversions » et fétichismes, et finalement les pratiques populaires de contraception contrevenant aux objectifs populationnels de l'État¹⁴².

C'est vers la moitié du 19e siècle qu'est détachée « [...] la médecine du sexe de la médecine générale du corps [...] »¹⁴³, et que s'établit l'étude systématique d'un *instinct sexuel* qui serait un phénomène à la fois médical et physique, et à la fois relevant de la psychologie. C'est alors l'apparition des premiers écrits médicaux qui constitueront le socle de ce qui sera plus tard la sexologie. Comme le mentionne Foucault, c'est largement à travers la théorie de la *dégénérescence* que se développe la médecine de la sexualité¹⁴⁴. Cette théorie articule les comportements sexuels problématisés avec le sort de l'espèce et de la *race*, dénonçant ces actes à la fois

¹⁴⁰ On peut penser à l'école publique, au rôle central de la médecine pour résoudre les problèmes sociaux et aux services de protection de l'enfance. À ce sujet, voir aussi Donzelot, *op. cit.*

¹⁴¹ Foucault, 1975, *op. cit.*, pp.56-60

¹⁴² *ibid.*, pp.137-139 et pp.201-204

¹⁴³ *ibid.*, p.155

¹⁴⁴ *ibid.*, pp. 156-157

comme résultat d'un affaiblissement héréditaire de l'espèce et à la fois comme cause de cet affaiblissement. Les objets de cette nouvelle science sexuelle sont alors indissociables de la « menace » qu'ils font courir sur l'ensemble du corps social, d'où la nécessité de les faire disparaître avec la thérapie et l'extension des interdictions légales.

Comme le mentionne Howard Chiang, pour cette *première vague* de la sexologie de la deuxième moitié du 20e siècle dont Richard von Krafft-Ebing est probablement le représentant le plus important, il importe en priorité pour la psychiatrie de s'emparer de l'objet des perversions pour légitimer la discipline face au reste de la médecine dans le contexte de diverses limitations d'une psychiatrie axée sur le corps et la neurologie¹⁴⁵. L'effet de l'appropriation psychiatrique de la sexualité est double. D'abord, la sexualité normale ou perverse, malgré son lien avec la génétique de l'espèce, s'inscrit en priorité dans un registre psychologique plutôt que purement somatique¹⁴⁶. Également, les diverses procédures scientifiques existant alors et qui aurait pu être appliquées au domaine de la sexualité sont plutôt remplacées par un répertoire des diverses *perversions* dans une perspective d'éradication¹⁴⁷. Le manque de scientificité rigoureuse de cette sexologie est particulièrement important pour Foucault, qui affirme qu'elle « [...] était également une science subordonnée pour l'essentiel aux impératifs d'une morale dont elle a, sous les espèces de la norme médicale, réitéré les partages. »¹⁴⁸

C'est avec l'arrivée d'une *deuxième vague* de sexologues vers la fin du 19e

¹⁴⁵ Chiang, Howard, 2009, « Historicizing the Emergence of Sexual Freedom : The Medical Knowledge of Psychiatry and the Scientific Power of Sexology, 1880-1920 », *Gender Forum*, 24, p.5.

¹⁴⁶ Foucault, 1975, *op. cit.*, p.156 et Chiang, *op. cit.*, p.7

¹⁴⁷ C'est-à-dire que l'objet de la sexualité n'est pas apparu comme objet neutre de connaissance, mais est apparu d'abord comme problème social. Voir Chiang, *op. cit.*, pp.7-8 et Foucault, 1975, *op. cit.*, p. 72

¹⁴⁸ Foucault, 1975, *op. cit.*, p.72

siècle et le début du 20e que la sexualité, et particulièrement les *perversions*, pourra être étudiée avec un autre regard. En effet, sous l'impulsion de Magnus Hirschfeld et de Havelock Ellis¹⁴⁹, le champ des pratiques sexuelles dites perverses commence à être analysé d'après des critères scientifiques, soit comme un objet à appréhender sans présupposition et envers lequel une multitude de techniques d'enquête passant de la statistique aux enquêtes de terrain doivent être utilisés¹⁵⁰. Ce regard sans jugement s'accompagne alors généralement d'une attitude tolérante et humaniste où plusieurs comportements auparavant honnis se voient normalisés, ce qui entraîne les sexologues de cette *deuxième génération* à militer pour lever les barrières légales à ceux-ci¹⁵¹.

3.2 L'évolution de la conception du sexe

En parallèle avec l'évolution de la sexologie, la fin du 18e et le 19e siècle sont un moment de transformation de la façon dont le sexe est conçu en Occident. Dans son ouvrage *La Fabrique du Sexe*, Thomas Laqueur montre comment cette époque est le lieu d'une invention particulière, celle de la *binarité incommensurable des deux sexes*. En effet, selon Laqueur, « Pendant le plus clair du XVIIIe siècle, être homme ou femme c'était tenir un rang social, assumer un rôle culturel, et non être organiquement de l'un ou l'autre sexe. »¹⁵² Cela était ainsi puisqu'avant la révolution scientifique apportée par la modernité, la différence des sexes était pensée d'après un

¹⁴⁹ Au courant du 20e siècle, l'Amérique du Nord fournira aussi beaucoup de réformateurs de la sexologie, dont, par exemple, Alfred Kinsey.

¹⁵⁰ Chiang, *op. cit.*, pp.7-8

¹⁵¹ Chiang, *op. cit.*, pp.8-10.

¹⁵² Laqueur, Thomas, 2013, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, p.152

ordre transcendantal organisant autant la nature que la société humaine¹⁵³. Le sexe de la femme était alors compris comme version inférieure du corps masculin partageant les mêmes structures, comme le montre l'utilisation d'un même terme pour désigner à la fois les testicules et les ovaires¹⁵⁴.

Selon Laqueur, l'émergence d'un corps incommensurable l'un à l'autre pour les hommes et les femmes s'inscrit dans le double courant de la révolution scientifique et de l'émergence d'un espace public dans le contexte des révolutions bourgeoises du 18^e et du 19^e siècle¹⁵⁵. Non seulement le rôle de la femme dans la société est, comme toute chose, à justifier sur des bases rationnelles, mais également les femmes elles-mêmes s'emparent de ces espaces publics pour revendiquer leurs droits et menacent ainsi les intérêts masculins¹⁵⁶. C'est donc sur la biologie que se reposeront les différents discours sur ce que sont l'homme, la femme et leurs places respectives en société.

Cette biologisation du discours sur les sexes mène à une conception particulière des femmes : celles-ci sont comprises comme dominées par les impératifs reproductifs qui animent leurs corps et, donc, incapables de participer également avec les hommes à la nouvelle société industrielle et à ses aspects participatifs et démocratiques¹⁵⁷. C'est ce que Foucault qualifie de *processus d'hystérisation du corps de la femme*, où les femmes se font assigner dans le corps social la place particulière de la *mère*, laissant alors le champ libre aux hommes dans les domaines économiques et politiques, et où les comportements incohérents avec ce rôle se voient pathologisés

¹⁵³ *ibid.*, pp.163-169

¹⁵⁴ *ibid.*, p.164

¹⁵⁵ Laqueur, *op. cit.*, p.167 et p.211

¹⁵⁶ *ibid.*, p.211

¹⁵⁷ Foucault, 1975, *op. cit.*, p.202, et Laqueur, *op. cit.*, p.223

par le milieu médical et font l'objet d'interventions correctrices¹⁵⁸.

Si l'incommensurabilité des sexes fait encore largement partie du sens commun aujourd'hui, les discours scientifiques sur le sexe biologique ont subi une transformation d'importance dès la fin du 19e siècle. Comme le mentionne Laqueur : « [...] plus on cherchait dans le corps le fondement du sexe, moins les limites se faisaient solides. »¹⁵⁹ Dès la première moitié du 19e siècle, par la découverte des canaux de Wolff et de Müller présents chez les deux sexes durant les premières semaines, l'embryologie participe déjà de l'invalidation de l'idée d'incommensurabilité entre les sexes¹⁶⁰. Cependant, ce n'est pas du retour de la conception du sexe unique que participeront ces nouvelles découvertes. Comme le mentionne l'historienne Joanne Meyerowitz, il s'agit plutôt d'une nouvelle théorie de la *bisexualité humaine*, où les hommes et les femmes sont conçus comme possédant en eux les structures des deux sexes, une conception qui permet à Otto Weininger de postuler dès 1903 que le sexe est un *continuum* plutôt qu'une catégorie binaire¹⁶¹.

À l'embryologie on peut ajouter la multitude de travaux sur les personnes intersexes commençant au 19e siècle, qui introduisent l'idée que le sexe physique est une question de l'interaction de systèmes complexes dans laquelle une multitude de débalancements peuvent survenir pour résulter en un positionnement particulier de l'individu en terme de sexe¹⁶². C'est d'ailleurs aux travaux sur l'intersexualité qu'on doit l'adoption généralisée de la distinction entre *sexe* et *genre*, popularisée par John

¹⁵⁸ Foucault, *op. cit.*, p.137 et pp.201-202. Au sujet des mécanismes de pouvoir derrière l'établissement des femmes comme *mères au foyer*, voire aussi Donzelot, *op. cit.*, particulièrement le chapitre 2.

¹⁵⁹ Laqueur, *op. cit.*, p.12

¹⁶⁰ Laqueur, *op. cit.*, p.181, et Meyerowitz, Joanne, 2002, *How sex Changed*, Harvard University Press, p.23

¹⁶¹ Meyerowitz, *op. cit.*, pp.22-24

¹⁶² Benjamin, 1966, *op. cit.*, chapitre 2

Money¹⁶³. Pour Meyerowitz, c'est cependant surtout aux travaux endocrinologiques qu'on doit le renforcement de l'idée de bisexualité humaine. Initialement, la découverte du rôle des gonades et de leurs fluides, particulièrement les expériences de Eugen Steinach sur la transplantation chez les animaux de gonades d'un sexe sur l'autre, a introduit la compréhension que ces fluides pouvaient permettre à un être vivant de se rapprocher de l'autre sexe à la fois physiquement et à la fois en terme de comportement sexuel¹⁶⁴. Dans les années 1930, l'identification des hormones mâles et femelles, leur production artificielle en industrie, ainsi que la découverte que ces hormones sont présentes en tout temps chez les deux sexes permettront de renforcer l'idée que les hormones sont une sorte « d'échangeur » entre un sexe et l'autre et qu'ils expliquent largement les cas de personnes tombées de façon évidente *entre* les deux sexes¹⁶⁵. Si l'idée de la bisexualité humaine est indissociable du rôle des hormones comme échangeur d'un sexe à l'autre (ou d'un côté à l'autre du spectre), elle s'inscrit cependant dans des travaux où la découverte d'aspects multiples du sexe (sexe des gonades, chromosomique, hormonal, psychologique, etc.) renvoie plutôt à l'*infinie complexité* de la question du sexe plutôt qu'au couronnement du sexe hormonal comme réel déterminant du sexe¹⁶⁶.

Si les raisons de la transformation progressive des discours sur le sexe peuvent se retrouver dans certaines découvertes scientifiques, on doit aussi les situer dans les transformations sociales. Ainsi, selon Meyerowitz, le renforcement du mouvement féministe et la visibilité accrue de ceux qu'on appelait des *invertis*, ainsi que différents travaux en sciences sociales comme les travaux de l'anthropologue

¹⁶³ Meyerowitz, *op. cit.*, p.114.

¹⁶⁴ *ibid.*, pp.16-17 et p.27.

¹⁶⁵ Meyerowitz, *op. cit.*, p.27 et Laqueur, *op.cit.*, p.211

¹⁶⁶ Voir, entre autres, les multiples catégories de ce qu'est le sexe par Harry Benjamin dans le chapitre 2 dans *The Transsexual Phenomenon*.

Margaret Mead ont participé grandement à l'érosion d'une conception de l'homme et de la femme constituée binairement par des impératifs biologiques ordonnant pour l'un et pour l'autre un rôle social distinct¹⁶⁷. Dans une perspective généalogique, on peut également mentionner que la fin du 19e siècle est justement le moment où la famille patriarcale perd son rôle fondamental dans les mécanismes du pouvoir en Occident, et où le recours à l'autorité du père est remplacé par un ensemble de techniques, lois et institutions qui donnent aux lieux de pouvoir un accès direct à l'ensemble des individus (école publique, protection de l'enfance, etc.)¹⁶⁸

3.3 L'émergence du phénomène de la *transsexualité*

Les 19e et 20e siècles sont donc le lieu à la fois d'une multiplication du discours sur le sexe et de multiples transformations en ce qui a trait aux conceptions de ce que sont un homme et une femme. C'est dans ce contexte qu'apparaît la transsexualité comme objet de discours de la médecine et de la sexologie. Initialement, elle apparaît aux côtés d'un ensemble de comportements conçus comme des *perversions* qu'il s'agit de classer et, dans l'idéal, de traiter de façon thérapeutique jusqu'à leur disparition. Cependant, ce n'est pas comme entité nosographique distincte que la transsexualité se fait connaître dans les premiers ouvrages sexologiques. Par exemple, chez Karl Ulrichs, dans la deuxième moitié du 19e siècle, une identification à l'autre sexe ne se distingue pas de l'homosexualité, ou de comportements de l'autre sexe. Ulrichs, sous l'appellation de *troisième sexe* ou d'*uranisme*, conçoit ces

¹⁶⁷ Meyerowitz, *op. cit.*, p.22 et pp.28-29.

¹⁶⁸ La mise en place de ces mécanismes, passant entre autres par la valorisation de la mère comme *parent* au même titre que le père, a rendu inutile pour le fonctionnement social en Occident la réification de la suprématie du père (donc l'homme sur la femme). L'aube du 20e siècle annonce ainsi la fin de la cohabitation entre le dispositif de l'alliance et celui de la sexualité. Sur ce sujet, voir Foucault, 1975, *op. cit.*, pp.140-148 et Donzelot, *op. cit.*, chapitres 4 et 5.

comportements comme relevant d'une sorte d'hermaphrodisme de l'esprit, comme la manifestation d'un esprit féminin dans un corps d'homme¹⁶⁹. C'est une conception relativement similaire que l'on retrouve chez Krafft-Ebing avec son concept d'*inversion*¹⁷⁰.

Pendant la première moitié du 20e siècle, Hirschfeld, et à sa suite, Ellis, conçoivent plutôt les identités trans comme faisant partie d'une entité nosographique distincte de l'homosexualité, mais commune avec le travestisme : le *travestisme* chez Hirschfeld et *l'éonisme* chez Ellis¹⁷¹. C'est alors l'époque des premières opérations de transition pratiquée en Europe à la suite des travaux de Eugen Steinach, et surtout concentrée autour de *l'Institut de Sexologie* de Magnus Hirschfeld¹⁷². Le phénomène médical des demandes de transition d'un sexe à l'autre est alors relativement rare et bien que quelques cas trouvent une publicité dans la presse sensationnaliste, ces histoires prennent plutôt la forme narrative du *sexe véritable retrouvé* chez une personne intersexe que de la transition d'un sexe à l'autre¹⁷³.

C'est avec la publication en 1952 de l'histoire de Christine Jorgensen que la transsexualité, comme phénomène social et comme concept permettant de penser ce phénomène, connaît une expansion sans précédent¹⁷⁴. Ainsi, pour Harry Benjamin, un des premiers spécialistes de la transsexualité, c'est grâce aux démarches de Christine

¹⁶⁹ Lev, 2005, *op. cit.*, p.69

¹⁷⁰ *ibid.*

¹⁷¹ Meyerowitz, *op. cit.*, p.26

¹⁷² *ibid.*, p.15

¹⁷³ *ibid.*, p.33

¹⁷⁴ Macé, *op. cit.*, p. 501; Bullough, Bonnie, et Bullough, Vern, 1998, « Transsexualism : historical perspective, 1952 to present » dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.16-17, Anne Bolin, 1998, « Transcending and transgenering » dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.69, et Ira Pauly, 1998, « Gender Identity and Sexual Orientation » dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.237.

Jorgensen, publiées en décembre 1952 par un article du *New York Times*, que le phénomène a pu être connu et ainsi attirer l'attention du monde médical sur la question¹⁷⁵. Benjamin, qui a pris contact avec son premier patient transsexuel en 1949 dans le cadre des travaux d'étude systématique des comportements sexuels par Alfred Kinsey et ses collaborateurs, crédite l'afflux de références de patients que lui ont fournis Christine Jorgensen et son médecin traitant Christian Hamburger de lui avoir donné l'impulsion d'écrire sur le sujet¹⁷⁶.

Comme le mentionne Joanne Meyerowitz, l'histoire de Christine Jorgensen permet à de nombreuses personnes trans de mettre des mots sur leurs expériences et de se comprendre comme étant *atteint d'une condition similaire*, et surtout d'aller chercher comme elle l'aide dont ils savaient maintenant qu'elle existait¹⁷⁷. Un phénomène relativement inconnu dans les années 40 devient alors l'objet de nombreuses publications scientifiques dans les années 1950 et 1960. Parmi un ensemble de propositions terminologiques par les médecins s'étant penchés sur le nouveau phénomène, c'est le concept de *transsexualisme* tel que proposé par Harry Benjamin qui l'emportera et qui deviendra non seulement la façon de désigner une condition « pathologique » (ou anormale), mais aussi *la* façon de rendre compte socialement (et donc subjectivement) des identités trans à cette époque.

Lorsque le phénomène s'impose à l'attention des médecins, deux façons concurrentes de le concevoir et d'y réagir émergent, l'une ancrée à la fois dans le sens commun et la psychanalyse, l'autre, ancrée dans une attitude humaniste anti-

¹⁷⁵ Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.viii. et Ira Pauly, 1969, « Adult manifestation of male transsexualism », dans Green, R. et John Money (dir.), *Transsexualism and Sex Reassignment*, p.38.

¹⁷⁶ Benjamin, Harry, 1969, « Introduction », dans Green, R. et John Money (dir.) *Transsexualism and Sex Reassignment*, Johns Hopkins University Press, p.3

¹⁷⁷ Meyerowitz, *op. cit.*, pp.92-94 et chapitre 3

traditionnelle de plus en plus commune en Occident et s'articulant sur la nouvelle conception du sexe se dégageant des travaux de la sexologie du 20^e siècle.

La première consiste en un rejet du phénomène. Les premiers spécialistes de la transsexualité ne tarissent pas de critiques contre ces médecins rencontrés par leurs patients transsexuels lors de leur quête d'aide médicale. On dénonce ainsi leur méchanceté gratuite, leur rigidité et leur ignorance, qui participent de la détresse des personnes transsexuelles. Le rejet du phénomène est aussi très fort dans la communauté psychiatrique¹⁷⁸. En effet, à cette époque, et ce jusque dans les années 1970, la psychanalyse domine la psychiatrie. Par son attention à la psychogenèse individuelle des problèmes de santé mentale et par la prise en charge de ceux-ci par la psychothérapie, la psychanalyse vient prendre la place dominante d'une psychiatrie basée sur le corps et les lésions cérébrales vers la fin du 19^e siècle. Son efficacité est attestée par les élites occidentales qui s'en emparent pour se distinguer du reste du peuple dans une société de plus en plus indifférenciée en terme de barrière entre les classes¹⁷⁹ et sa domination de la discipline psychiatrique est renforcée par l'optique psychanalytique des deux premières versions du guide diagnostique et statistique (DSM) de l'*American Psychiatric Association*.

Pour la psychanalyse et sa perspective psychogénétique, la maladie mentale est largement une question de névrose, c'est-à-dire de troubles anxieux tirant leur origine de l'expérience particulière d'un individu¹⁸⁰. Elle traite de la même façon les troubles sexuels, ou les *perversions*, comme résultat de l'interaction entre pulsion

¹⁷⁸ Benjamin, 1969, *op. cit.*, p.5

¹⁷⁹ Foucault, 1975, *op. cit.*, p.162-173 et Donzelot, *op. cit.*, chapitre 5

¹⁸⁰ Une contribution majeure de la psychanalyse est d'ailleurs d'avoir participé à l'effacement entre pathologie et normalité, les vécus normaux ou les écarts légers à la norme pouvant ainsi être conçu comme objet d'interventions thérapeutiques. Voir à ce sujet Castel, Françoise, Robert Castell et Anne Lovell, 1979, *La Société Psychiatrique Avancée*, Grasset, p.297-299

biologique et expérience individuelle¹⁸¹. Or, face à l'apparente *évidence* de la fausseté des prétentions des personnes trans, les psychanalystes classeront généralement leurs demandes de transition comme relevant non pas de processus psychogénétiques particuliers, mais comme manifestation d'une déconnexion de la réalité, soit comme *psychose*. Les années 1950 seront ainsi le lieu d'un rejet actif des demandes de changement de sexe, mais aussi de multiples tentatives de ramener ces personnes à la réalité par la psychothérapie¹⁸². Or, comme cela est attesté par l'ensemble des spécialistes dès les années 1960, ces tentatives seront des échecs¹⁸³. Cela n'empêchera pas la communauté psychanalytique de dénoncer jusque dans les années 1970 la transition médicale comme une « collaboration avec la psychose »¹⁸⁴.

La deuxième attitude du milieu médical envers le phénomène de la transsexualité consiste en une reconnaissance de la réalité du phénomène. Plutôt que des cas isolés de psychose, la transsexualité se mérite plutôt un nom, et elle constitue dans cette perspective un champ de savoir qu'il convient de découvrir pour pouvoir en connaître les causes objectives et les *dysfonctionnements* qui font que le développement de la personne transsexuelle prend une tournure inédite. En Europe, les adhérents de cette attitude sont initialement les collaborateurs et les élèves de Eugen Steinach, mais surtout de Magnus Hirschfeld, parmi lesquels on compte Christian Hamburger¹⁸⁵. Pour eux, les différentes manifestations de sexualité ou de genre sortant de la norme sont de nature hormonale, et ne peuvent être niées : il reste

¹⁸¹ Voir entre autres la discussion sur les théories psychanalytiques sur l'homosexualité dans Stoller, Robert, 1968, *Recherche sur l'identité sexuelle*, Gallimard, chapitre 12.

¹⁸² Meyerowitz, *op. cit.*, p.99

¹⁸³ Voir Benjamin, 1966, *op. cit.*, Stoller, *op. cit.*, et Green, Richard et John Money (dir.), 1969, *Transsexualism and Sex Reassignment*, Johns Hopkins University Press

¹⁸⁴ Macé, *op. cit.*, p. 501 et Pauly, 1969, *op. cit.*, pp.80

¹⁸⁵ Meyerowitz, *op. cit.*, p. 58 et p.71.

seulement à comprendre comment aider ces personnes issus d'une variation de nature biologique.

Aux États-Unis, c'est dans le cadre de la sexologie américaine des années 1950 que la reconnaissance du phénomène prendra d'abord pied. Il est question dans ce contexte de lutter à la fois contre un conservatisme moral qui prétend avoir autorité sur les choses reliées au sexe, et de lutter contre l'attitude du monde médical où en terme de sexualité « [...] les savants se sentaient plus libres de philosopher sans s'encombrer des faits¹⁸⁶». Si la théorie de la bisexualité humaine est forte chez les Européens, et chez Harry Benjamin qui vient d'Allemagne, elle n'est cependant pas acceptée comme telle par les spécialistes américains. En effet, en ce qui a trait à la nature de la différence des sexes, la sexologie américaine de l'après-guerre est plutôt le lieu d'une interrogation sur ce qui constitue le sentiment subjectif d'être un homme ou une femme. C'est dans le cadre des travaux sur l'intersexualité de John Money et ses collaborateurs que se développe le concept de *genre* comme étant fondamentalement séparé du sexe¹⁸⁷, et c'est à la suite de ces travaux que Robert Stoller introduit le concept d'*identité de genre*.

Dans la sexologie américaine, les aspects sociaux et subjectifs du sexe se voient donc accorder une place d'importance à la fois comme des entités distinctes de la biologie et à la fois comme lieux où l'on pourra chercher la cause d'une identification anormale en terme de genre. Ainsi, que l'on conçoive la transsexualité comme processus entièrement biologique ou bien comme résultat d'une expérience subjectivement et socialement structurée, cette deuxième attitude médicale envers le phénomène postule l'action d'un mécanisme objectif qu'il convient de découvrir à

¹⁸⁶ Stoller, *op. cit.*, p.11. On peut aussi mentionner l'injonction de Harry Benjamin à faire passer l'intérêt du patient avant sa propre normativité. Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.viii

¹⁸⁷ À l'opposé de la conception allemande qui conçoit les différences corporelles et psychiques comme manifestations de l'action des hormones.

l'encontre d'un obscurantisme anti-scientifique.

C'est finalement la deuxième attitude qui l'emportera partout en Occident. En effet, si des psychiatres opposés à la transition médicale produisent quelques articles scientifiques sur le sujet¹⁸⁸, aucun des premiers ouvrages importants sur le sujet n'est un ouvrage critique niant le phénomène ou cherchant à démontrer que les personnes trans peuvent être traitées autrement qu'avec la transition. Dès les années 1960, moment où les premiers ouvrages importants sur le sujet sont publiés, les tentatives de psychothérapies sont largement reconnues comme des échecs et la transition, malgré l'incertitude quant à la satisfaction à long terme, est en voie de devenir la seule option thérapeutique pour les personnes transsexuelles¹⁸⁹.

3.4 Les premières tentatives théoriques

Un premier ouvrage fondamental dans le discours médical sur la transsexualité est *The Transsexual Phenomenon* par Harry Benjamin. Dans cet ouvrage, Benjamin, considéré dès les années 1950 comme un spécialiste incontournable de la question et qui est largement reconnu comme l'inventeur des termes *transsexuel* et *transsexualisme*¹⁹⁰, propose une conception biologique du phénomène de la transsexualité. Il propose également un modèle de traitement qui sera largement récupéré dans les *Standards de Soins* (SOC) de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH)¹⁹¹, qui font aujourd'hui autorité dans le monde médical en ce qui a trait aux traitements médicaux auxquels ont accès les

¹⁸⁸ Meyerowitz, *op. cit.*, pp.104-110

¹⁸⁹ Et cela, même chez les sceptiques. Voir par exemple le récit que fait Ira Pauly de son acceptation de la nécessité de la transition, dans Pauly, 1969, *op. cit.*, pp.79-80

¹⁹⁰ Malgré l'introduction du terme *psychopatia transsexualis* par David O. Cauldwell en 1949.

¹⁹¹ Anciennement la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*.

personnes trans.

Benjamin commence l'ouvrage en s'attaquant à l'idée de la binarité du sexe. Il pose d'abord que la binarité généralement acceptée entre les hommes et les femmes mélange les manifestations du sexe non liées à la reproduction humaine, soit le *genre*, avec ses manifestations corporelles. Cependant, au-delà de cette distinction relevant aujourd'hui du lieu commun, Benjamin pose également la binarité des sexes comme étant invalide. Ainsi, il affirme « [...] what we call "sex" is of a very dubious nature and has no accurate scientific meaning. »¹⁹²

Son argumentation repose sur l'exposition d'un certain nombre de catégories du sexe, qui doivent chacune être prises en compte lorsqu'on s'interroge sur le sexe d'une personne et dont aucune ne peut être négligée. Il y a pour lui : le sexe chromosomique (avec comme sous-catégorie le sexe lié à la présence de chromatine), le sexe anatomique constitué des caractéristiques sexuelles primaires et secondaires (avec ses deux sous-catégories, soit le sexe des gonades et le sexe génital), le sexe endocrinien, le sexe psychologique, le sexe d'assignation et d'éducation, et finalement le sexe légal. Le fait d'être sexué est donc un processus complexe où différents dysfonctionnements peuvent entraîner des conséquences inédites que chacun devrait s'affairer à comprendre plutôt qu'à réprimer¹⁹³.

Cependant, ces dysfonctionnements ne mèneraient pas à l'apparition d'êtres *hors du sexe binaire*¹⁹⁴ puisque pour Benjamin, l'être humain n'est ni fondamentalement homme ni fondamentalement femme, mais les deux à la fois : c'est la prédominance d'éléments du sexe anatomique, particulièrement celle des hormones

¹⁹² Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.27

¹⁹³ *ibid.*, p.10

¹⁹⁴ C'est-à-dire des personnes échappant à une masculinité ou une féminité conçue par Benjamin comme biologiquement déterminées. On conçoit aujourd'hui que des personnes puisse échapper à la binarité des sexes et du genre, par exemple par la reconnaissance d'identités *non-binaires*, ou bien par l'interprétation de catégories sociales de genre dans certaines sociétés non occidentales comme manifestant un *troisième genre*.

d'un sexe ou l'autre qui permettrait de nous catégoriser comme *mâle* ou *femelle*¹⁹⁵. Le rôle des hormones est particulièrement important chez Benjamin, puisqu'en plus d'être un élément primordial de la bisexualité humaine et d'être, par la thérapie hormonale, un moyen du changement du sexe anatomique d'une personne, elles sont également pour lui une cause importante des « personnalités féminines » (gêne, soumission, etc.) et « masculines » (agressivité, confiance, etc.)¹⁹⁶.

Pour Benjamin, la transsexualité est une condition dans laquelle une personne sans condition intersexe est profondément malheureuse du sexe qui lui a été assigné ainsi que de ses organes génitaux, condition qui la mène à chercher à vivre comme membre du sexe auquel elle s'identifie¹⁹⁷. Cette condition devrait être distinguée de l'homosexualité et du travestisme et être reconnue comme condition médicale particulière avec sa propre étiologie et un traitement qui lui soit approprié. Cependant, il considère que le transsexualisme et le travestisme constituent deux manifestations distinctes d'une même condition qu'il nomme *indécision ou désorientation du sexe ou du rôle de genre*. Les frontières ne seraient pas fixes entre le travestisme et le transsexualisme comme le démontrerait le passage de l'un à l'autre constaté fréquemment.

Benjamin propose donc une typologie en six types pour classer les personnes travesties et transsexuelles, qui formerait une gradation de la gravité de la « désorientation ». D'un côté, le *pseudo travesti* et le *travesti fétichiste* forment les

¹⁹⁵ On reste donc dans une conception binaire du sexe, mais qui permet des *mélanges*. Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.8

¹⁹⁶ Harry Benjamin, 1966, *op. cit.* Même si Benjamin reconnaît le rôle de l'apprentissage dans les aspects différenciés des personnalités féminines et masculines, il accorde une priorité explicative à l'action de mécanismes biologiques, sur lesquels viendrait se rajouter la socialisation, qui concerne alors le domaine moins fondamental du *genre*.

¹⁹⁷ *ibid.*, p.13

types les moins « graves »¹⁹⁸. Chez une personne correspondant au premier type, qui selon Benjamin, pourrait manifester n'importe quelle orientation sexuelle, le désir de se travestir ne serait pas puissant, alors que chez une personne correspondant au deuxième type, qu'il classe comme un homme hétérosexuel, ce désir deviendrait un fétiche obsédant menant à un port de vêtement de l'autre sexe de plus en plus fréquent. Ensuite, le *vrai travesti* et le *transsexuel non chirurgical* seraient des conditions intermédiaires où le premier serait une forme permanente du fétichisme qui pourrait mener la personne travestie à vivre à plein temps comme femme, alors qu'une personne correspondant au type du transsexuel non chirurgical vivrait dès que possible comme membre de l'autre sexe, dans la perspective de soulager un inconfort lié au genre (et où se retrouverait une sexualité plus proche de celle du « vrai transsexuel »)¹⁹⁹. Les deux derniers types seraient les variantes modérée et sévère de la condition de *vrai transsexuel*, où l'inconfort lié au genre serait de plus en plus grave, et où la personne transsexuelle tenterait généralement de vivre à temps plein et de travailler comme membre de l'autre sexe avant même le traitement médical, en plus d'avoir une sexualité proche de celle de la femme « normale »²⁰⁰. Pour Benjamin, les causes du travestisme et du transsexualisme sont principalement d'origine biologique, bien qu'il reconnaisse le rôle de l'expérience dans la détermination de leur manifestation effective²⁰¹.

Un autre ouvrage fondamental du discours médical sur la transsexualité est

¹⁹⁸ *ibid.*, p.22

¹⁹⁹ C'est-à-dire une basse libido accompagnée soit d'un auto-érotisme avec fantasme où la personne transsexuelle s'imaginerait comme femme, soit de l'attrance « normale » d'une femme envers les hommes.

²⁰⁰ Conçue comme hétérosexuelle dans le cadre d'un développement « non atypique » du processus de différenciation sexuelle humain.

²⁰¹ Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.9 et p.33

Sex and Gender de Robert Stoller. Dans cet ouvrage, Stoller propose une conception psychanalytique du phénomène de la transsexualité. En inscrivant le phénomène dans le cadre de la théorie dominant la psychiatrie des années 1960, Stoller a fait de la transsexualité un pur objet de psychiatrie et de psychologie, renforçant l'idée que la transsexualité et l'ensemble de ce qu'on appelle aujourd'hui les minorités sexuelles relèveraient de la maladie mentale.

La contribution de Stoller est aussi particulièrement importante en ce qu'il introduit un concept qui est aujourd'hui très important : *l'identité de genre*. Se basant sur les travaux de Freud qui posent le domaine de la sexualité comme étant formé par l'expérience, et par les travaux de John Money et ses collaborateurs sur les personnes intersexes, il pose l'identité de genre comme le résultat d'un ensemble de processus psychogénétiques objectifs présents chez toute personne, pouvant donner un résultat *normal* (« l'homme masculin » et la « femme féminine ») ou un résultat *anormal* (« l'homme féminin » et la « femme masculine », dans leurs différentes déclinaisons, dont la transsexualité ferait partie).

Pour Stoller, le *genre* est l'aspect psychologique, non corporel de la différenciation sexuelle, soit la masculinité et la féminité²⁰². Il distingue le *rôle de genre*, qu'il associe aux comportements différenciés selon le sexe manifesté en société et l'identité de genre, qu'il associe à « [...] la connaissance et la perception conscientes ou inconscientes, que l'on appartient à un sexe et non à l'autre [...] »²⁰³. Cependant, pour Stoller, l'identité de genre est un phénomène complexe se continuant toute la vie de la personne. Il distingue donc le *noyau de l'identité de genre*, qui renvoie au sentiment de connaître son sexe et qui se développerait très tôt dans la vie, des aspects plus superficiels de l'identité de genre, qui se développeraient progressivement et que

²⁰² Stoller, *op. cit.*, p.12

²⁰³ *ibid.*, p.28

Stoller associe à la féminité ou la masculinité présente dans l'identité de l'individu²⁰⁴.

Trois aspects sont importants pour lui en ce qui a trait au développement du noyau de l'identité de genre : la biologie, les organes génitaux et la relation des parents avec l'enfant²⁰⁵. La biologie est pour Stoller un élément essentiel de la différenciation psychique entre animaux mâles et femelles qui perd de l'importance à mesure qu'on a affaire à un animal complexe²⁰⁶. Cependant, certains cas de personnes affirmant être de l'autre sexe et s'étant ensuite révélés être des personnes intersexes démontrent pour lui l'importance de la force biologique de la différenciation sexuelle sur l'identité de genre d'un être humain. Les autres aspects, les organes génitaux et les relations parents-enfants renvoient pour Stoller au classement d'un enfant comme garçon ou fille et le traitement cohérent que cet enfant subira au niveau de sa socialisation, lui apprenant à la fois qu'il *est* un garçon ou une fille, et à la fois à être masculin ou féminin. Pour lui, ce sont les éléments expérimentiels et non biologiques qui dominent la détermination de l'identité de genre chez un individu normalement constitué.

En ce qui a trait au transsexualisme d'homme à femme, il est pour Stoller, une « [...] perturbation grave de l'identité de genre [...] »²⁰⁷ dont le mécanisme principal est une « [...] identification anormalement puissante avec les femmes [...] »²⁰⁸. Cette identification, selon Stoller, mènerait les personnes transsexuelles *mâle* à développer une authentique *féminité*, c'est-à-dire l'ensemble des caractéristiques socialement

²⁰⁴ Stoller, *op. cit.*, p.49-51 et p.61. En ce sens, le *noyau de l'identité de genre* chez Stoller correspond à ce qu'on appelle couramment aujourd'hui *l'identité de genre*.

²⁰⁵ *ibid.*, p.50

²⁰⁶ *ibid.*, p.27

²⁰⁷ Stoller, *op. cit.*, p.209

²⁰⁸ *ibid.* En cela, Stoller considère que le transsexualisme et le travestisme sont tous deux des conditions dont le dérèglement de l'identité de genre concerne une identification forte envers les femmes, bien que les deux ont pour lui des étiologies distinctes.

attribuées aux femmes. Deux preuves indirectes de l'authenticité de cette féminité des transsexuels se retrouve pour Stoller dans l'intérêt pour l'art des garçons « efféminés » dont la « [...] créativité est sensuelle et non pas intellectuelle »²⁰⁹ et dans la capacité qu'auraient la plupart des transsexuels à vivre *incognito* comme membre de l'autre sexe. Au niveau de l'étiologie du transsexualisme d'homme à femme (MtF), il s'agirait pour Stoller d'une identification trop forte aux femmes qui viendrait du fait que la mère, ayant elle-même des tendances transsexuelles, chercherait à combler un vide dans sa vie avec son enfant et établirait ainsi avec lui une relation fusionnelle et un contact corporel excessif, le tout en l'absence physique ou psychologique du père dans la vie du garçon²¹⁰. Chez les personnes transsexuelles de femme à homme (FtM), ce serait plutôt l'absence relative de la mère et la forte présence du père qui produirait l'identification aux hommes²¹¹.

Dans les premiers ouvrages du discours médical sur la transsexualité, il se dégage une conception relativement uniforme de ce qu'est une personne transsexuelle²¹². Il s'agit d'abord d'un homme, le transsexualisme de femme à homme étant conçu comme beaucoup plus rare, voire peu important. Il s'agit ensuite d'une personne relativement « misérable » et malheureuse en tant que membre de son sexe chez qui le suicide n'est pas rare. La personne transsexuelle est aussi considérée

²⁰⁹ *ibid.*, p.157. Ici Stoller parle des garçons qu'il appelle « efféminés », dont tous ne deviendront pas transsexuels, plusieurs devenant plutôt selon lui homosexuels. Cependant, pour Stoller la féminité des homosexuels « efféminés » est aussi authentique (même si elle est moins forte et ressemble davantage à une « imitation »), simplement, leur noyau d'identité de genre est *homme*.

²¹⁰ Stoller, *op. cit.*, chapitre 10

²¹¹ Et comme pour les garçons, la masculinité développée par ces filles serait authentique pour Stoller; meilleure même que celle, un peu « caricaturale » selon lui, des lesbiennes. Voir *ibid.*, p.231

²¹² Il s'agit ici de décrire objectivement la figure idéale du *vrai transsexuel* présente dans le discours médical traditionnel sur l'objet de la transsexualité, cette figure étant largement présentée comme « le transsexuel » plutôt que comme une sous-catégorie spécifique d'un phénomène conçu comme une riche diversité.

comme « émotionnellement perturbée », cette perturbation étant d'autant plus forte que l'identification à l'autre sexe le serait également. Cette identification s'accompagnerait souvent de visions irréalistes des possibilités de la médecine et d'une mauvaise attitude. En plus des problèmes liés aux émotions, la personne transsexuelle est considérée avoir très souvent des troubles de santé mentale cooccurrents. Parmi ceux-ci on peut noter des troubles de la personnalité, des troubles névrotiques et dépressifs, ainsi des épisodes psychotiques²¹³, même si de l'avis de tous, la nature de ce qui est considéré comme une pathologie ne relève pas de la psychose. On conçoit également la personne transsexuelle comme cherchant à tout prix l'aide médicale²¹⁴, dans une quête de transition qui devient sa « seule préoccupation ». D'ailleurs, elle est considérée comme pouvant largement passer pour l'autre sexe avant même l'intervention médicale²¹⁵. D'après ces premiers écrits, la personne transsexuelle aurait aussi horreur de ses organes génitaux, au point où les automutilations ne seraient pas rares. Finalement, la personne transsexuelle MtF²¹⁶ est largement considérée comme ayant une sexualité *réellement féminine*, soit une faible libido et une attirance envers les hommes en tant qu'elle est une femme²¹⁷, et inversement pour la personne transsexuelle FtM. En ce sens, la personne transsexuelle est réputée non seulement nier une identité homosexuelle, mais avoir

²¹³ Pauly, 1969, *op. cit.*, pp.43-47 et Benjamin, 1966, *op. cit.*, pp.51-52 et pp.67-68

²¹⁴ À un tel point que Benjamin affirme que la demande de chirurgie pourrait constituer le seul critère de la condition.

²¹⁵ Pour Stoller il s'agit là d'un critère important du véritable transsexualisme.

²¹⁶ *Male-to-Female*, donc de homme à femme. La situation inverse est *Female-to-Male* (FtM), de femme à homme.

²¹⁷ L'aspect auto-érotique, fréquemment relevé chez plusieurs transsexuels MtF, comme le montre la classification de Benjamin, étant considéré soit comme compensant l'impossibilité d'accéder à sa véritable sexualité, soit comme révélant une force moins grande de la transsexualité. Voir Benjamin 1966, *op. cit.*, p.22 et Stoller, *op. cit.*, p.225

une antipathie pour les homosexuels²¹⁸.

S'il est largement accepté dans le milieu médical que les causes de la transsexualité relèvent à la fois de la biologie et de la socialisation, sans que l'on puisse trancher hors de tout doute du poids de l'un et de l'autre, il se dégage cependant un élément important : la crédibilité du témoignage de la personne transsexuelle. En effet, contrairement à la position psychanalytique visant à nier le phénomène de la transsexualité, ces premiers écrits médicaux posent cette dernière comme une *dévi*ation du mécanisme complexe de la différenciation sexuelle humaine. En ce sens, elle participe d'un phénomène plus large regroupant à la fois les personnes intersexes et les différentes « perversions » qui sont l'objet de la sexologie.

Bien que l'on cherche explicitement à distinguer les personnes transsexuelles de celles étant homosexuelles et travesties, le lien entre ces trois populations est conçu comme particulièrement fort et vient appuyer la crédibilité du témoignage de la personne transsexuelle en ce que la transsexualité peut alors apparaître comme un pôle d'un continuum de la féminité d'une personne au corps mâle ou, inversement, de la masculinité d'une personne au corps femelle. Ainsi chez Benjamin, on passe progressivement de la personne travestie typiquement masculine avec une sexualité active « masculine », au *vrai transsexuel*, conçu comme personne véritablement féminine et ayant une sexualité typiquement « féminine ». Chez Stoller, la différence entre le travestisme et le transsexualisme est largement une question de la force de l'identification initiale du garçon aux femmes, la personne travestie ayant subi des « conflits intrapsychiques » moindres que ceux de la personne transsexuelle, et cette dernière étant tellement plus réellement *féminine* que Stoller affirme avoir soupçonné

²¹⁸ Voir par exemple Gilles Côté, « Examen Psychiatrique du Transsexuel » *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19, 1978, p.41

comme beaucoup d'autres une origine biologique au phénomène²¹⁹. John Money, quant à lui, rend compte d'une série de tests démontrant que les personnes transsexuelles MtF sont psychologiquement très proches des femmes²²⁰.

Ainsi, même si la transsexualité est largement conçue comme une « aberration » et comme une condition à éviter dès que cela est possible²²¹, elle constituerait une véritable *féménisation* d'un organisme humain mâle et une véritable *masculinisation* d'un organisme humain femelle.

3.5 Le modèle médical traditionnel

Puisque la médecine permet l'utilisation de différentes chirurgies provenant d'autres domaines que la transsexualité²²² et qu'elle permet l'utilisation des hormones pour transformer à la fois, pense-t-on, la personnalité, la sexualité, et l'apparence des personnes, la transition médicale d'un sexe à l'autre devient une possibilité. Elle s'impose dans les années 1960 à la fois comme seule solution capable d'entraîner une amélioration de l'état psychologique des personnes trans et à la fois comme ce que chaque personne transsexuelle est réputée vouloir plus que tout. La transition médicale s'instaure donc comme seul modèle de traitement valable pour l'adulte

²¹⁹ Stoller, *op. cit.*, p.160. De plus, Stoller postule que l'ensemble des « perversions de genre » (fétichisme, homosexualité, « féminité » chez les garçons, transsexualité, travestisme, etc.) sont liées d'une façon où une autre à un problème dans le processus de séparation avec la mère, ce qui expliquerait la présence répandue des perversions sexuelles chez les hommes. Il lie ce phénomène à la difficulté particulière de ce processus de séparation chez les garçons, ainsi qu'à un processus civilisationnel de la société industrielle qui tendrait à faire disparaître la nécessité de la force et de la virilité. Voir *ibid.*, pp.303-305

²²⁰ Money, John et Clay Primrose, 1969, « Sexual dimorphism and the dissociation in the psychology of the male transsexual », dans Green, R. et John Money (dir.), *Transsexualism and Sex Reassignment*, Johns Hopkins University Press, p.131

²²¹ Chez les auteurs accordant un certain poids à l'expérience dans l'étiologie du phénomène.

²²² Par exemple, la castration, l'hystérectomie, la création d'orifices vaginaux sur des femmes souffrant de malformations congénitales, les chirurgies effectuées sur les personnes intersexes, etc.

transsexuel et ce modèle est institutionnalisé dans la fin des années 1970 par les premiers *standards de soins* (SOC) de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Les soins aux personnes trans sont alors constitués de cinq éléments principaux : 1) le diagnostic d'une identité trans selon la catégorie nosographique du moment 2) la psychothérapie visant l'accompagnement et l'élimination de troubles cooccurrents pour éliminer les cas de faux positifs²²³ 3) l'expérience de vie réelle qui voit la personne vivre comme membre de l'autre sexe souvent préalablement à l'obtention du traitement médical²²⁴ 4) le traitement hormonal 5) la chirurgie de réassignation sexuelle.

Comme il a été mentionné précédemment, l'acceptation unanime de la transition médicale et de l'ensemble des procédures qui seront comprises dans l'idée de *changement de sexe* n'est pas allé de soi. Elle a rencontré les oppositions morales ainsi que celles provenant de l'incohérence entre la demande transsexuelle et la théorie psychanalytique dominante à l'époque. Si la transition médicale a pu recevoir l'assentiment de la communauté médicale, c'est ultimement grâce à une conception commune du *problème* de la transsexualité qui s'est dégagée de l'ensemble des travaux des professionnels de la communauté médicale qui en ont fait une spécialité. On peut mentionner quatre aspects importants de cette conception commune : la réalité du phénomène, l'inefficacité de la psychothérapie, l'obligation morale de la transition et la non-désirabilité de la condition.

²²³ L'obligation de psychothérapie initialement présente dans les SOC a été éventuellement retirée, mais le rôle central du spécialiste de la santé mentale dans les soins s'est maintenu par la nécessité de restreindre l'accès aux hormones et aux chirurgies aux seuls candidats pour lesquels on jugeait pouvoir assurer la satisfaction.

²²⁴ Tel qu'explicité par Norman Fisk, *op. cit.*, l'expérience de vie a fini par remplacer le simple diagnostic puisque non seulement les différences de diagnostic entre candidats n'avaient pas un effet clair sur la satisfaction finale, mais de plus, l'expérience de vie a pu constituer une forme de thérapie comportementale contre les modes de vie « instables » des candidats.

Tel que mentionné auparavant, dès 1953, à la suite du succès médiatique de Christine Jorgensen, la communauté médicale américaine est le lieu d'une demande de changement de leur sexe biologique par des personnes que l'on appellera *transsexuelles*. Ces demandes, autrefois largement inexistantes²²⁵, forment alors un phénomène relativement rare,²²⁶ mais constant où se manifeste un transsexualisme *vrai* entouré d'une constellation de conditions considérées comme moins sérieuses. Face à l'échec largement constaté de la psychothérapie et de l'atténuation du phénomène par la médication, la transition médicale (le fait de donner à la personne transsexuelle ce qu'elle demande généralement) se retrouve comme la seule solution capable de donner une satisfaction subjective aux demandeurs. Les premiers spécialistes reconnaissent largement l'étrangeté pour un médecin de céder ainsi à la demande de changement de sexe, mais ils insistent sur l'idée que celle-ci est la seule option qui soit en cohérence avec la logique de la pratique médicale, soit celle de réduire la souffrance subjective ainsi que l'intégrité objective du corps²²⁷, et qu'elle constitue donc une obligation morale légitime²²⁸.

Cependant, chez la plupart d'entre eux, la transsexualité n'est pas considérée comme une condition normale ou désirable, mais bien comme une pathologie qu'il conviendrait idéalement de guérir par élimination thérapeutique. Même Harry Benjamin, qui tente dans ses écrits de normaliser la transsexualité comme variation

²²⁵ Au sujet de l'absence relative de cette demande avant les années 1950, voir entre autres Meyerowitz *op. cit.*, mais aussi Stoller, *op. cit.*, p.290, qui affirme : « Il est troublant de penser que le transsexualisme était à peine un problème pour les médecins jusqu'à ces dernières années. »

²²⁶ Dans les années 1960 on estime souvent la prévalence de la transsexualité entre 1 :30 000 et 1 :100 000.

²²⁷ Non seulement parce que la personne transsexuelle est réputée souffrir psychologiquement de son *mauvais corps*, mais aussi parce que les nombreuses mutilations de leurs organes génitaux et tentatives de suicide par des personnes transsexuelles sont considérées bien plus dangereuses qu'un encadrement médical du changement de sexe.

²²⁸ Contrairement à la morale religieuse utilisée pour refuser ce traitement, dénoncée avec insistance par la plupart d'entre eux.

biologique normale, écrit dans *Sexology Magazine* aux personnes pensant être transsexuelles que si elles pensent pouvoir s'adapter à leur sexe biologique grâce à une aide psychothérapeutique, elles devraient le faire pour s'éviter « [...] immense complications in your future life and probably many sacrifices too »²²⁹. Pour les spécialistes qui accordent une place à la psychogenèse dans l'émergence du transsexualisme, cette condition est donc à prévenir par une intervention sur la famille préalablement à la fixation de l'identité de genre, ou à tout le moins durant l'enfance avant la fixation d'un transsexualisme adulte²³⁰.

La transition médicale - à comprendre comme la transformation du corps par la prise d'hormones de l'autre sexe et une série d'opérations visant à retirer les gonades et modifier l'apparence et la fonctionnalité des organes génitaux - n'est donc conçue comme une pratique devant être normalisée qu'en ce qu'elle permet à une catégorie très précise de personnes d'éviter un tort plus grand. En ce sens, elle est largement conçue comme un *mal nécessaire*. On l'accepte donc comme une solution temporaire, faute de mieux²³¹, ou comme une solution à adopter sur une base expérimentale, avec « hésitation [reluctantly] »²³², en se disant que tout cela participera d'une meilleure connaissance des processus du développement de l'identité²³³. Pour tous les auteurs, la transition médicale est donc un processus grave et irrévocable, qu'il convient de réserver aux seules personnes que rien d'autre ne peut aider.

La clinique de la transsexualité se base donc sur la distinction entre *bons*

²²⁹ Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.109

²³⁰ C'est le type de traitement qui sera effectué dans la clinique de Stanford dirigé par Stoller, et qui sera aussi préconisé par Ira Pauly et Robert Green.

²³¹ Fisk, *op. cit.*

²³² Pauly, 1969, *op. cit.*, p.58 et p.80.

²³³ *ibid.*, p.58 et p.87. Ce qui pourrait mener à la possibilité de prévention de la condition.

candidats et *mauvais* candidats à la transition, la communauté médicale se donnant le rôle d'éviter la transition à tous ceux qui pourrait être aidé autrement. Initialement, le bon candidat se confondait avec « le transsexuel véritable ». Ainsi pour Benjamin, deux critères permettent de juger la valeur du candidat. D'abord, le fait que rien d'autre ne peut aider son état. Deuxièmement, le fait que le candidat puisse donner complètement l'apparence d'être une femme, à la fois physiquement et au niveau de sa personnalité²³⁴, ce qu'on assume être naturel chez « le vrai transsexuel ». Une sélection rigoureuse pourrait alors, pense-t-on, donner comme résultat un candidat plus heureux et plus adapté²³⁵.

À l'inverse de ce bon candidat qu'on pose comme devant être mentalement stable, avoir un désir de changer de sexe qui ne soit pas (ou peu) lié à sa sexualité, et qui devrait chercher à trouver une place de femme « honnête », on voit émerger dans le discours médical toute une population *problématique*, composée de candidats à la transition médicale dont le souhait de changer de sexe se ferait pour des motifs « incorrects » et « injustifiables ». Cette population viendrait grandement compliquer la tâche du médecin, puisque non seulement ceux qui la composent auraient la capacité de passer pour de « véritables transsexuels » au premier regard, mais c'est également parmi cette population que se retrouverait la quasi-unanimité des personnes regrettant leur transition²³⁶.

Dans cette population, on retrouverait des personnes homosexuelles, souvent

²³⁴ Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.110

²³⁵ *ibid.*, p.117. Pour Benjamin cette adaptation sociale passe par la création chez les personnes transsexuelles MtF d'un orifice pénétrable, pour que la personne transsexuelle puisse prendre sa place au sein d'un couple hétérosexuel. Cette exigence se distingue des premières opérations consistant en la simple castration ou bien la création de seuls organes génitaux externes, et elle se distingue aussi des exigences envers les personnes transsexuelles FtM, pour qui la création d'un pénis fonctionnel est très difficile.

²³⁶ Cette population problématique forme la majorité des candidats à la transition pour Stoller, mais une minorité selon Benjamin.

« efféminées », qui seraient en négation de leur statut d'homosexuels²³⁷. On y retrouverait aussi toute une diversité de candidats où le *motif sexuel* serait trop fort par rapport au motif de *genre*²³⁸, jetant un doute sur l'authenticité de leur conviction d'appartenir à l'autre sexe. Parmi ceux-ci on pourrait trouver des candidats qui s'engageraient dans la promiscuité sexuelle une fois l'opération complétée, ceux qui s'engageraient dans la prostitution²³⁹ où même ceux dont toute la démarche serait basée sur un désir sexuel passager²⁴⁰. Il y aurait aussi ceux dont l'instabilité émotionnelle, les problèmes de personnalité ou l'état psychotique rendrait « imprudente » leur sélection pour la transition médicale. À cheval entre sexualité, prostitution et troubles mentaux, on dénonce aussi la présence de candidats aux personnalités « exhibitionnistes » et « sociopathiques » qui se serviraient de la transition pour se faire un nom dans l'industrie du spectacle et ainsi acquérir notoriété et richesse²⁴¹.

L'attitude de méfiance envers les candidats que le rôle de sélection par les médecins implique entraîne pour eux plusieurs difficultés. Ainsi, initialement, on tente d'offrir un service aux personnes transsexuelles, mais sans ébruiter l'existence de cette offre par crainte d'être débordée par des demandes « illégitimes »²⁴². On se rend également compte que l'étape du diagnostic rigoureux est « subvertie » par un très grand nombre de candidats qui, connaissant la littérature médicale et se faisant souvent conseiller par d'autres personnes trans, présentent aux médecins des récits

²³⁷ Pauly, 1969, *op. cit.*, p.43

²³⁸ C'est Harry Benjamin, qui le premier, identifie le « motif sexuel » comme motif distinct de la seule question du genre dans le processus de demande de changement de sexe.

²³⁹ Stoller, *op. cit.*, p.285

²⁴⁰ Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.105

²⁴¹ Stoller, *op. cit.*, p.286 et Pauly, 1969, *op. cit.*, p.45

²⁴² Breton, J., 1984, « Conditions du traitement médico-chirurgical des transsexuels » dans Odile Diamant-Berger (dir.) *Le transsexualisme*, Masson, p.47, et Stoller, *op. cit.*, p.285

biographiques basés sur le modèle idéal du *vrai transsexuel*²⁴³. Si l'idée d'une sélection sévère des candidats persiste, la figure du vrai transsexuel « naturellement féminin » sera éventuellement discréditée du fait de la réalisation par le monde médical qu'en réalité une diversité très grande de personnes transsexuelles se cachait sous cette idée illusoire²⁴⁴.

Il y aura donc dès les années 1970 une reconnaissance de l'existence de divers types de transsexualisme. Ce n'est alors plus le diagnostic rigoureux qui va permettre ou non la transition médicale, mais ce qu'on appellera d'abord le *test de vie réelle* puis ensuite *l'expérience de vie réelle*, qui est le fait pour un candidat de vivre comme membre de l'autre sexe pendant une certaine période avant d'avoir droit aux hormones et aux chirurgies²⁴⁵. Un candidat qui traverse cette « épreuve » montre donc sa capacité à vivre effectivement, sans regret, comme membre de l'autre sexe, peu importe le *type* de transsexualisme qui serait le sien. L'expérience de vie constitue aussi l'occasion d'un contrôle du comportement du candidat puisque celui-ci doit répondre aux critères posés par le milieu médical²⁴⁶. L'expérience de vie sera explicitée dans les premiers standards de soins de la HBGDA/WPATH et deviendra largement le processus par lequel la sélection des candidats s'effectue²⁴⁷.

²⁴³ Fisk, *op. cit.*, p.388.

²⁴⁴ *ibid.*

²⁴⁵ Cela dépend des cliniques ou des médecins, certains permettant la prise d'hormones avant le début de l'expérience de vie, d'autres ne la permettant qu'après un certain temps. Le temps demandé varie aussi pouvant passer de quelques mois à plusieurs années.

²⁴⁶ Fisk, *op. cit.*, p.390. Cette dimension coercitive a largement été dénoncée plus tard comme réifiant les normes de genre. Si cet aspect est indéniable, c'est beaucoup aussi le mode de vie « sociopathique » (promiscuité sexuelle, prostitution, culture des cabarets, etc.) de nombreux candidats qui est visé par ce contrôle. Il semble qu'il soit initialement impensable pour la communauté médicale de participer à l'existence de modes de vie « marginaux ».

²⁴⁷ Avant l'acceptation de l'expérience de vie par la communauté médicale, c'est l'impression de vrai transsexualisme véritable ou non qui détermine l'accès aux soins, comme le montre, au Québec, le texte de Jacques Rioux : Rioux, Jacques, 1978, « Le rôle du gynécologue dans la thérapie face au transsexuel » *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19, pp.47-50

Comme il a été mentionné, les oppositions au modèle médical traditionnel ont été nombreuses. En plus des oppositions psychanalytiques et morales, l'incrédulité des médecins ayant rencontré un nombre insuffisant de transsexuels était très courante avant que le discours médical sur la question soit suffisamment étoffé pour être graduellement accepté dans l'ensemble de l'occident²⁴⁸. Les craintes par rapport aux poursuites judiciaires, en l'absence relative d'une pratique bien établie empêchaient également plusieurs médecins de céder aux demandes de leurs patients²⁴⁹. Cependant, la nécessité de mettre en place des programmes de traitement des personnes transsexuelles se fera trop grande pour que ces oppositions tiennent très longtemps.

Premièrement, comme il a été discuté plus haut, dès le début des années 1950 la demande de changement de sexe s'impose à la communauté médicale, qui ne peut plus l'ignorer, ce qui mène à l'apparition d'un discours spécialisé sur la question qui servira de repère à l'ensemble de la société sur la question de la transsexualité. L'instauration de la prise en charge généralisée des demandes de changements de sexe par le milieu médical s'impose aussi du fait de la grande accessibilité des techniques et produits médicaux qui constitue la transition médicale. En ce qui a trait aux hormones, leur production industrielle dès les années 1930 et leurs multiples usages médicaux en font un produit largement accessible, ce qui mène un nombre très important de candidats à s'automédicamenter. Robert Stoller mentionne ainsi comment un patient qu'il croyait intersexe, s'est en fait révélé une personne

²⁴⁸ Robert Stoller et Ira Pauly comptent ainsi parmi les médecins n'ayant initialement pas reconnu la légitimité des identifications de leurs premiers patients transsexuels et ayant cherché des solutions alternatives à la transition avant de finalement céder par expérience quant à sa nécessité. Il ne faudrait pas voir ici l'idée d'une acceptation généralisée comme une réalité empirique démontrable, mais surtout comme l'imposition d'un modèle de représentation et d'intervention comme façon de penser les identités trans dans le milieu médical. Il ne fait aucun doute qu'une certaine opposition a persisté dans la pratique. Cependant, ce qui est important est que cette opposition a dû largement se faire *en silence*, puisque désarmée d'arguments légitimes.

²⁴⁹ Meyerowitz, *op. cit.*, p.123

transsexuelle ayant volé des hormones à sa mère dès sa puberté. Il mentionne également que tous les patients transsexuels FtM qu'il a rencontrés avaient accès à des hormones mâles²⁵⁰.

Les opérations impliquées dans le changement de sexe sont aussi pratiquées dans de nombreux contextes médicaux et il est fréquent que des transsexuels obtiennent en partie ou complètement les opérations impliquées dans la transition en faisant directement affaire à des chirurgiens²⁵¹. La communauté médicale est donc prise avec le problème selon lequel les automutilations d'organes génitaux et les opérations partielles ou complètes pratiquées sans sélection ni suivi par des chirurgiens à l'étranger (particulièrement en Europe) *obligent* les médecins à prendre en charge des patients pour compléter ce qui est *déjà presque achevé*. En ce sens la transition médicale s'établit comme pratique avec ou sans l'accord explicite des communautés médicales locales. De nombreux cas d'opérations ratées et de regrets mènent également à la dénonciation des « charlatans » dont les pratiques peu rigoureuses sont comprises comme exploitant et mettant en danger les personnes transsexuelles, rendant de ce fait manifeste la nécessité d'un encadrement médical local des demandes de changement de sexe²⁵².

Finalement, le modèle médical traditionnel implique que les lois qui régissent les comportements différenciés selon le sexe soient modifiées. En effet, la logique de la transition médicale est l'intégration sociale complète de la personne transsexuelle, ce qui nécessite une ignorance partielle ou même totale de son entourage quant à son

²⁵⁰ Stoller, *op. cit.*, p.231

²⁵¹ Pauly, 1969, *op. cit.*, p.57 et Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.145

²⁵² Stoller, *op. cit.*, p.290, Fisk, *op. cit.*, p.389, et Banzet P., J.M. Servant et P. Nahon, 1984, « Reflexion sur le rôle du chirurgien dans le traitement du transsexualisme », dans Odile Diamant-Berger (dir.) *Le transsexualisme*, Masson, pp.52-53

statut. Or, il est très difficile pour la personne transsexuelle de passer inaperçue comme membre de l'autre sexe si elle est prise avec des documents d'identifications avec son nom original et l'indication de son sexe. La personne transsexuelle, si découverte, ne doit pas non plus subir les conséquences psychologiques et sociales d'une accusation judiciaire en vertu des nombreuses lois qui ont été utilisées par la police en Occident pour réprimer la transsexualité, le travestisme et l'homosexualité²⁵³.

Initialement, des médecins comme Hirschfeld et Benjamin fourniront des certificats à plusieurs de leurs patients affirmant qu'ils sont souffrants d'une maladie dans l'espoir que les forces de l'ordre ne s'en prennent pas à leurs patients. Hirschfeld emploie aussi lui-même certains de ses patients pour leur donner un environnement de travail sans jugement ni conséquence légale²⁵⁴. Cependant à mesure que le phénomène de la transsexualité prend de l'ampleur, les conflits se multiplient et, sous l'impulsion de personnes transsexuelles, de nombreuses jurisprudences seront établies et de nombreuses lois seront modifiées pour permettre la transition légale d'un sexe à l'autre²⁵⁵. En règle générale, c'est la logique proposée par le discours médical qui est traduite dans les lois et règlements permettant la transition légale, soit que le changement du corps du demandeur, effectué sous supervision médicale, constitue la garantie de l'acceptabilité du changement légal de sexe.

3.6 Le modèle traditionnel au Québec

²⁵³ Par exemple, les lois contre le déguisement à des fins criminelles, aux États-Unis. Benjamin, 1966, *op. cit.*, p.137. Ou bien les lois contre la grossière indécence au Québec. Rioux, *op. cit.*, p.49

²⁵⁴ Meyerowitz, *op. cit.*, p.20

²⁵⁵ Pour les États-Unis, voir Meyerowitz, *op. cit.*, chapitre 6. Ce fut aussi le cas au Québec où l'insistance de plusieurs personnes trans à pouvoir changer légalement de sexe est remarquée et participe de la décision d'inclure cette possibilité dans le Code civil. Laporte, Sylvie, 1974, *Changement des actes de l'état civil face aux trans-sexuels*, Office de révision du Code civile : comité du droit des personnes et de la famille (D/C/184-1), Archives de l'Office de révision du Code civil du Québec, Université McGill, Montréal.

Dans un colloque organisé à Montréal par le département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en 1975²⁵⁶, la communauté scientifique et médicale travaillant sur la transsexualité est invitée à échanger sur les pratiques locales pour une première fois²⁵⁷. On y apprend entre autres que sept centres hospitaliers prennent en charge les demandes de personnes transsexuelles²⁵⁸. Certains d'entre eux, comme l'Hôpital Notre-Dame, ont établi des équipes multidisciplinaires et un protocole d'intervention²⁵⁹.

La compréhension du problème de la transsexualité qui se dégage de la lecture de ces articles est similaire à celle qui a été présentée jusqu'ici. La transsexualité apparaît comme une condition réelle, dont on ne connaît pas les causes, mais dont le traitement doit passer par la transition. L'expérience de vie réelle n'est pas encore établie comme procédure et c'est le diagnostic d'un véritable *transsexualisme* qui détermine l'accès à la transition médicale²⁶⁰. On distingue donc les *vrais transsexuels* de ceux ayant « [...] un désir de conversion sexuelle visant à résoudre un conflit psychique, permettant le passage à l'acte d'un fantasme, la fuite la réalité, etc.²⁶¹ ».

On dénonce également une certaine « contagion sociale » provenant de réseaux bien établis dans la culture des clubs et des cabarets que fréquentent les personnes homosexuelles et travesties, particulièrement à Montréal, et où les

²⁵⁶ Dont la majorité des présentations ont été publiées sous forme d'articles dans *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19, 1978.

²⁵⁷ Rioux, *op. cit.*, p.47

²⁵⁸ Bureau, Jules, Jean Pierre Trempe et Louise Jodoin, 1978, « Transsexualité : catégorie, diagnostique ou expérience d'un individu » *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19, p.26

²⁵⁹ Côté, Gilles, 1978, « Examen Psychiatrique du Transsexuel » *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19, p.44

²⁶⁰ Rioux, *op. cit.* et Gilles Côté, *op. cit.*

²⁶¹ Bureau *et al.*, *op. cit.*, p.31

hormones et l'information sur l'accès à la transition médicale circuleraient abondamment²⁶². Si certains jugent le contact avec la communauté trans montréalaise comme critère d'exclusion²⁶³, d'autres semblent juger normale l'inscription des personnes transsexuelles dans ces réseaux pratiquant l'appropriation des moyens médicaux de transition²⁶⁴. Ainsi, avant même la reconnaissance légale du phénomène au Québec, la médecine locale avait pris en charge la demande transsexuelle et procédait à la transition médicale sur un nombre restreint de candidats.

En ce qui a trait à la problématisation légale et politique de la transsexualité au Québec, celle-ci a lieu une première fois lors des travaux du Comité de Révision du Code Civil dans les années 1970²⁶⁵. Les membres du comité se donnent alors le rôle de répondre, par une série de recommandations, à une problématique sociale nouvelle selon laquelle des personnes transsexuelles opérées demandent à être reconnues légalement d'après leur nouveau sexe. Cette demande apparaît concrètement lors de poursuites judiciaires, non seulement au Québec, mais dans le reste du Canada, aux États-Unis et partout en Occident²⁶⁶, demande à laquelle d'autres provinces canadiennes tentent de trouver une solution au même moment. La réalité du phénomène étant attestée par le milieu médical, on recommande donc « [...] pour des raisons humanitaires [...] »²⁶⁷ que les personnes transsexuelles opérées puissent

²⁶² Bureau *et al.*, *op. cit.*, p.35, Rioux, *op. cit.*, pp.48-49, Côté, *op. cit.*, p.45. Ce réseau serait d'autant plus fort à Vancouver, où les personnes transsexuelles québécoises pourraient obtenir sans trop de problèmes la castration.

²⁶³ Côté, *op. cit.*

²⁶⁴ Rioux, *op. cit.*

²⁶⁵ Le Rapport sur le nom et l'identité physique de la personne humaine, qui aborde la problématique des demandes de changement de sexe, sera déposé en 1975.

²⁶⁶ Laporte, *op. cit.*

²⁶⁷ Office de révision du Code Civil, 1975, *Rapport sur le nom et l'identité physique de la personne humaine*, Office de révision du Code civile : comité du droit des personnes et de la famille (XX/F/1), Archives de l'Office de révision du Code civil du Québec, Université McGill, Montréal, p.42

changer la mention de sexe sur leur certificat de naissance, ainsi que leur nom²⁶⁸. En 1976, des députés ayant rencontré une association de personnes transsexuelles défendent à l'Assemblée Nationale l'idée d'une procédure unique pour le changement de nom et de sexe pour les personnes transsexuelles. Il faudra cependant attendre le gouvernement suivant et l'adoption en 1977 du projet de loi 87, pour que soit établie la procédure selon laquelle une personne transsexuelle opérée et célibataire²⁶⁹ peut faire changer son nom et la mention de sexe sur les registres de l'État civil.

L'établissement d'un modèle québécois d'intervention sur les identités trans vient ainsi attester d'une réalité qui émerge dès les années 1950 dans l'ensemble de l'Occident et dans le monde en général. D'un côté, les techniques et moyens médicaux permettant de transformer le corps d'une personne pour lui donner l'apparence et la fonctionnalité de l'autre sexe sont largement répandus et leur accessibilité ne cesse de grandir. D'un autre côté l'objectivation scientifique de l'objet des « déviations » ou des « perversions » d'ordre sexuel mène à la reconnaissance d'une *condition* selon laquelle certains individus en viendraient à ressentir une appartenance au sexe opposé. Ce sentiment ne relèverait pas de l'opinion ou de la déconnexion à la réalité, mais proviendrait d'un *dysfonctionnement* du processus de la différenciation des sexes.

Si la transition médicale est initialement testée dans le secret de la clinique privée, la satisfaction qu'elle apporte à de nombreux candidats s'identifiant à l'autre sexe finit par être l'objet de différentes productions médiatiques et résulte en une *demande* des services médicaux de transition qui ne cessera jamais de grandir depuis. Malgré la légitimité grandissante de la transition médicale lorsqu'elle s'effectue sous

²⁶⁸ En gardant les mêmes initiales, dans une logique de prévention des fraudes.

²⁶⁹ Pour éviter la situation, alors impensable, que deux personnes de même sexe se retrouvent mariées.

supervision médicale, cette demande constituera pour les médecins, les juristes et les législateurs un problème social qu'ils devront régler²⁷⁰. Le modèle médical traditionnel constitue alors la solution privilégiée à ce problème et vise, par une standardisation des soins et une restriction à leur accès, à *protéger* les membres d'une large communauté de la « déviance » sexuelle (fétichismes, homosexualité, etc.) qui par confusion ou problèmes psychiatriques cooccurrents en viendrait à développer une « fausse » identification à l'autre sexe. Ce modèle d'intervention ouvre cependant la porte à la reconnaissance sociale et légale des identités trans par les modifications législatives qu'il implique et qui permettent à certaines personnes trans de vivre légalement comme membre du sexe auxquels elles s'identifient.

²⁷⁰ À la fois, du fait de la légitimité que l'objectivation médicale et scientifique apporte à la demande de changement de sexe, mais aussi du fait de tous les problèmes que l'appropriation des moyens médicaux par les personnes trans est conçue comme pouvant entraîner.

CHAPITRE IV

LA TRANSFORMATION DU REGARD SUR LES IDENTITÉS TRANS

La logique d'intervention médicale, légale et administrative mise en place au Québec et ailleurs en Occident pour répondre à la problématique qu'a constituée la demande de changement de sexe s'est maintenue intacte jusqu'aux années 1990. Elle consistait en la sélection sévère des candidats et l'accès à la transition pour les seuls cas de *véritables transsexuels* dans le sens d'une transition complète vers l'autre sexe. Au début des années 1980, ce modèle connaît une crise lors de la publication en 1979²⁷¹ par Jon Meyer (qui dirige alors la clinique d'identité de genre de l'Hôpital John Hopkins) et Donna Reter d'une étude affirmant que la chirurgie de réassignation sexuelle ne résulte en aucun avantage pour les patients²⁷². Suite à cette publication, la clinique spécialisée de l'Hôpital John Hopkins ainsi que la majorité des cliniques spécialisées des États-Unis ferment leurs portes²⁷³. Paradoxalement, cet épisode ne fait que renforcer le modèle médical traditionnel, d'abord en multipliant l'offre privée de services médicaux, ensuite par la multiplication des études démontrant la satisfaction à long terme des personnes transsexuelles opérées sous condition d'une sélection rigoureuse des candidats²⁷⁴.

²⁷¹ Il n'y avait à ce moment que peu de données sur la satisfaction à long terme liée à la transition médicale.

²⁷² Bullough et Bullough, *op. cit.*, p.25

²⁷³ Drescher, *op. cit.*, p.442

²⁷⁴ *ibid.*, p.442, Bullough et Bullough, *op. cit.*, pp.25-27 et Pauly, 1998, *op. cit.*, p.238

Le fonctionnement du modèle médical traditionnel sera cependant fortement mis à mal dès les années 1990. Premièrement, la population visée par les interventions médicales subira une importante transformation. S'identifiant avant les années 1990 comme *transsexuels* et cherchant généralement la transition complète d'un sexe à l'autre, les personnes trans demandant des services médicaux seront de plus en plus nombreuses²⁷⁵ et leurs identifications de plus en plus multiples, ce qui s'accompagne de demandes de services médicaux elles aussi très diversifiées. Un concept, celui de *transgenre*, émerge alors pour regrouper en une seule communauté les personnes transsexuelles et l'ensemble de ceux que l'on excluait alors du processus médical de transition. En deuxième lieu la conception médicale des identités trans comme entité pathologique se voit critiquée non seulement par le milieu associatif, mais aussi par le milieu académique et par la communauté des spécialistes (médecins, thérapeutes, psychologues, etc.). On reproche au discours médical traditionnel sa participation à la reproduction de normes sociales arbitraires qui limiteraient l'expression de ce qu'on commence à comprendre comme une *diversité naturelle* en terme de genre. La souffrance des personnes trans est présentée dans cette critique comme le résultat d'un traitement stigmatisant par l'ensemble de la société, et de la médecine en particulier.

Une nouvelle logique d'intervention prend alors forme. Elle consiste en la reconnaissance d'une diversité en terme de genre et d'identité²⁷⁶ ainsi que l'adaptation des soins aux besoins particuliers exprimés par les demandeurs, qui ne sont plus compris comme *candidats* à la réassignation sexuelle, mais comme *personnes*

²⁷⁵ Meyerowitz, *op. cit.*, p.256

²⁷⁶ Donc le fait, pour les spécialistes des soins aux personnes trans, de ne pas articuler leurs perspectives théoriques et leurs soins pratiques sur les figures traditionnellement opposées de *l'homme* et de la *femme*.

transgenres ayant la connaissance exclusive de leurs besoins en terme de services médicaux. Cette logique implique également la reconnaissance de la naturalité et de la normalité des identités trans, ce qui s'accompagne d'une volonté de les dépathologiser ainsi que la dénonciation des positions visant l'élimination thérapeutique des identités trans. Finalement, elle implique un retournement de la problématisation sociale : les personnes trans étant normalisés/naturalisés dans leurs différences, c'est leur environnement social qui est alors conçu comme posant problème. La souffrance ressentie par un grand nombre de personnes trans est alors détachée de la condition et est conçue comme le résultat d'un traitement discriminant et stigmatisant par l'environnement reposant sur l'existence de normes sociales restrictives et arbitraires. L'entourage et les milieux fréquentés par les personnes trans, autrefois conçus comme immuables, sont alors posés comme objets explicites d'intervention de la part de la communauté médicale dans le sens d'une transformation des normes et représentations sociales liées au sexe et au genre à travers un travail d'éducation basé sur l'autorité des spécialistes.

L'acceptation de ce modèle s'est faite progressivement dès les années 1990, et cela, suivant de nombreux débats au sein de la communauté des spécialistes. Si certains éléments, comme la reconnaissance de la diversité de la communauté trans²⁷⁷, reçoivent une acceptation unanime rapide, la naturalisation des identités trans, ainsi que la problématisation quasi exclusive de l'environnement sont toutefois le lieu de nombreuses résistances. Malgré ces hésitations, en 2009, la WPATH adopte les Standards de Soins version 7 et en 2011, l'APA adopte le DSM-5 qui entérinent tous deux la nouvelle logique d'intervention²⁷⁸. Les spécialistes sceptiques ou critiques du nouveau modèle sont alors marginalisés dans la communauté des

²⁷⁷ Qui transparait entre autres par l'adoption rapide du concept de « variance de genre » comme étant le phénomène dont tous les autres ne sont qu'une sous-catégorie.

²⁷⁸ Par la dépathologisation explicite des identités trans.

spécialistes, comme le montre le sort de Kenneth Zucker, spécialiste reconnu²⁷⁹ de la variance de genre chez les enfants et adolescents, qui, ayant perdu la direction de la clinique d'identité de genre pour mineurs du Center for Addiction and Mental Health (CAMH) à Toronto, a été désavoué dans un communiqué de la WPATH²⁸⁰.

Cette transformation du modèle médical prend racine dans deux moments distincts, qu'il s'agira de détailler dans les deux prochains chapitres : d'abord le renversement de la problématique des personnes trans vers l'environnement qui est advenue par l'arrivée dans les années 1990, dans le discours sur la *transsexualité*, d'auteurs mobilisant les sciences sociales, ainsi que d'auteurs eux-mêmes trans. Ensuite, le développement d'une critique du modèle traditionnel au sein de la communauté médicale et le succès de cette critique à renverser ce modèle²⁸¹.

4.1 Le renversement de la problématique

Dès les années 1970, différents auteurs en sciences sociales s'intéressent à la question du phénomène de la transition médicale. Jusqu'au début des années 1980, un certain nombre d'ouvrages et d'articles sociologiques critiques sur la transsexualité

²⁷⁹ Malgré les nombreuses critiques envers Kenneth Zucker, son importance parmi les spécialistes médicaux des identités trans était incontestable jusqu'à très récemment, comme le montre le fait qu'il ait présidé le sous-comité de l'APA en charge de la question des identités trans lors des travaux sur le DSM-5.

²⁸⁰ Récupéré le 17 février 2017 sur <https://www.wpath.org>
La fermeture de la clinique de Kenneth Zucker a été célébrée dans le milieu associatif comme une victoire pour les droits des personnes trans. Le CAMH a cependant accepté, dans une entente hors cours, de s'excuser du processus de renvoi et de verser un dédommagement financier.

²⁸¹ Ce deuxième moment sera abordé dans le chapitre suivant.

émergent et remettent en question la légitimité de la transition médicale²⁸². Malgré le retentissement que ceux-ci puissent avoir dans le monde savant, la perspective critique sera cependant éclipsée dans les années 1980 par un ensemble d'ouvrages et d'articles provenant de la sociologie et de l'anthropologie qui adoptent une perspective ethnométhodologique sur le phénomène. Le discours des sciences sociales sur la transsexualité s'effectue dès lors par des chercheurs qui cherchent à comprendre le vécu des personnes trans à travers des enquêtes de terrain et qui tentent surtout de comprendre les significations subjectives de ces vécus pour les personnes trans elles-mêmes. Parmi ces chercheur-euses, il n'est pas rare que la position d'*allié-e* des personnes trans soit explicitement adoptée et que ces textes s'engagent dans une critique des normes sociales participant de la stigmatisation des membres de cette population²⁸³ qu'ils étudient. De plus, initialement largement absents du discours savant sur l'objet des identités trans²⁸⁴, un nombre de plus en plus grand de personnes trans prennent part aux discussions scientifiques sur la question. Leurs écrits, prenant souvent une valeur explicitement militante, complètent le discours que les sciences sociales portent sur la transsexualité en ce qu'ils participent d'une redéfinition du problème posé par la demande de changement de sexe : plutôt que de

²⁸² Raymond, Janice, 1979, *L'Empire Transsexuel*, Éditions du Seuil, et Billings, Dwight B. et Thomas Urban, 1987, « The Socio-Medical Construction of Transsexualism : An Interpretation and Critique », *Social Problems*, Vol. 29, No. 3, pp. 266-282. Thomas Kandos a aussi été critiqué pour avoir insisté sur l'adhésion par les personnes transsexuelles aux stéréotypes féminins et masculins dans *Sex change* (1973).

²⁸³ Une population qui évolue dans le discours savant, passant des seuls candidats à la réassignation sexuelle, à l'ensemble formé par les personnes transsexuelles opérées et par celles initialement rejetées par les cliniques spécialisées affiliées aux universités (transsexuels non-opératoires, travestis, transgenres, etc.).

²⁸⁴ Ce qui ne veut pas dire que les personnes trans n'ont pas joué un rôle majeur dans la production de ce discours. Voir entre autres Meyerowitz *op. cit.*, chapitre 6 sur le rôle majeur joué par la Erickson Educational Foundation dirigé par Reed Erickson, une personne trans FtM, dans le développement du discours et de la pratique médicale sur la transsexualité.

problématiser la demande elle-même, on s'interroge sur la nature des représentations sociales qui amène à *juger cette demande comme irrecevable ou problématique*.

L'émergence de ces nouveaux discours savants ne peut pas être séparée du processus historique par lequel les personnes trans ont pris la parole dans le cadre d'une lutte politique ayant à la fois résulté en un discours militant, mais aussi en un déplacement de l'autocompréhension par les personnes trans, passant des concepts créés par la communauté médicale à des concepts créés par elles-mêmes et pour elles-mêmes²⁸⁵. L'histoire du militantisme transsexuel et transgenre est relativement récente²⁸⁶. Si certains groupes informels existaient déjà dans les années 1950 pour s'échanger des informations sur l'accès aux soins médicaux, l'inscription de la transsexualité dans les années 1960 sous l'autorité médicale des premières cliniques universitaires et l'invisibilité recherchée autant par les médecins que par les personnes transsexuelles nuit quelque peu à l'organisation politique²⁸⁷.

Initialement les personnes trans se retrouvent d'abord parmi d'autres communautés organisées offrant des lieux de rencontres et de socialisation en plus de façons de se comprendre et de s'identifier. Ainsi, plusieurs personnes trans transitent par les communautés gais et lesbiennes. Parmi les personnes trans MtF attirées envers les hommes, plusieurs s'identifient comme « Drag Queens », certaines joignant les « street queens » dans la prostitution²⁸⁸. Certaines d'entre elles fréquentent aussi la communauté des « impersonators », liée à certains bars à spectacle et cabarets que

²⁸⁵ Macé, *op. cit.*

²⁸⁶ Si on considère les associations de personnes s'identifiant explicitement comme transsexuelles ou transgenres et luttant politiquement pour des buts qui leur sont spécifiques.

²⁸⁷ Meyerowitz, *op. cit.*, chapitre 6

²⁸⁸ *ibid.*, p.233

fréquentent des hommes ne s'identifiant pas comme homosexuels²⁸⁹. D'autres, enfin, s'inscrivent dans la communauté des travestis et « cross-dressers ». À travers ces communautés, les personnes trans rencontrent des gens qui, comme elles, se sentent plus fortement appartenir à l'autre sexe et elle peuvent ainsi se soutenir entre elles²⁹⁰ et s'échanger de l'information sur la façon d'obtenir des services médicaux liés à la transition²⁹¹. Les premières organisations politiques regroupant des personnes trans apparaissent dès les années 1960. Suivant le même parcours que les mouvements sociaux féministes et homosexuels dans les années 1970 certaines organisations pour les personnes transsexuelles abandonnent la stratégie de la « respectabilité »²⁹² et adoptent une attitude critique envers les normes sociales²⁹³.

Dans les années 1980 et 1990, les communautés où se regroupent les personnes trans commencent à subir des changements importants. Initialement, suivant les diagnostics médicaux et les identités communautaires, des distinctions claires se faisaient entre *transsexuels* MtF et *travestis*, les premiers se considérant plus véritablement « femme » que les seconds²⁹⁴. Or, dès le début des années 1980, suivant la fermeture de la majorité des cliniques américaines suite à l'article de Meyer et Reter, les soins médicaux pour les personnes trans se déplacent vers les cliniques

²⁸⁹ Money, John, et Margaret Lamacz, 1998, « Gynemimesis and gynemimetophilia : individual and cross-cultural manifestations of a gender-coping strategy hitherto unnamed » dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp. 406-413

²⁹⁰ Par exemple par des communautés d'habitations dans des immeubles d'appartements ou des hôtels. Voir *ibid.*, p.407 et Meyerowitz, *op. cit.*, p.193

²⁹¹ Comme il a été discuté dans le chapitre précédent, ces réseaux de personnes trans sont largement considérés par le monde médical comme une source importante de difficulté pour un diagnostic juste de véritable *transsexualisme*.

²⁹² Une stratégie politique où le groupe cherche à être accepté de la société plus large et cherche à imposer une discipline sur ses membres pour qu'ils ne contreviennent pas aux normes dominantes.

²⁹³ Meyerowitz, *op. cit.*, p.235

²⁹⁴ Bolin, *op. cit.*, pp.71-73

privées. Ces dernières étant beaucoup moins strictes que les cliniques universitaires, elles permettent l'émergence de parcours médicaux individualisés s'éloignant du modèle de la transition d'homme à femme ou de femme à homme²⁹⁵. De plus, les normes sociales liées au genre subissent une transformation dans la culture populaire et de nouveaux modèles (comme l'androgynie) émergent pour brouiller les cartes de ce à quoi peuvent ressembler un homme et une femme²⁹⁶.

Dans le contexte de ces transformations, le terme *transgenre* émerge pour rendre compte de la condition commune unissant la « communauté du genre »²⁹⁷. Initialement, ce terme renvoie à un continuum entre personnes travesties et transsexuelles²⁹⁸ permettant une transition médicale sans chirurgie de réassignation sexuelle et permettant aussi une identité qui s'assume explicitement à l'extérieur des catégories binaires (et physiologiques) *homme* ou *femme*. Le terme transgenre en viendra cependant à référer à l'ensemble de la « communauté du genre », soit à *toute manifestation d'éloignement des normes genrées*²⁹⁹. Ce changement en terme d'identité accompagne un changement de stratégie des organisations politiques représentant les personnes trans, qui cherchent dès les années 1990 à regrouper sous

²⁹⁵ *ibid.*, pp.76-77 et Drescher, *op. cit.*, p.442

²⁹⁶ Bolin, *op. cit.*, pp.87-88 et Meyerowitz, *op. cit.*, pp.232-233

²⁹⁷ Cette expression est tirée de Devor, Holly, 1998, « Sexual-orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.251. Définie comme « [...] loosely [including] transsexuals, crossdressers, transgenderists and their partners [and also] some gay men and lesbian women or sadomasochists [...] » (p.251), elle a l'avantage heuristique de souligner l'émergence de la catégorie toujours en mouvement et marquée par la diversité qu'on nomme aujourd'hui LGBTQIA+. Elle n'est pas utilisée ici pour affirmer quelque chose sur les multiples identités qui « la » composent, mais pour souligner ce qui est signifié par ce nouvel objet de la pensée, peu importe son signifiant.

²⁹⁸ Ce qui est une revendication de longue date de plusieurs travestis qui cherchent à faire comprendre leur condition comme étant la même que le transsexualisme, mais à un degré différent. Voir Bolin, *op. cit.*, p.72

²⁹⁹ *ibid.*, p.86 et Ekins, Richard et Dave King, 1998, « Blending genders : contribution to the emerging field of transgender studies » dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.98 et p.104

leurs ailes la plus grande diversité possible de personnes échappant aux normes sociales de genre³⁰⁰. Les dissensions au sein des organisations pour personnes travesties et celles pour personnes transsexuelles s'effacent alors pour laisser place à un militantisme plus unifié au moment même où les personnes trans FtM commencent à acquérir de la visibilité et à occuper une place de plus en plus grande au sein du militantisme trans³⁰¹.

Dans les années 1990, en ce qui concerne le discours savant sur les identités trans, on parle de moins en moins *des* personnes trans et de plus en plus *avec* les personnes trans³⁰² ou de *soi-même* en tant que personne trans. Le discours savant sur le sujet subit ainsi une transformation en ce qu'au discours médical³⁰³ s'ajoute la voie de nouveaux spécialistes : ceux provenant des sciences sociales et les personnes trans (en tant que scientifiques ou en tant que « *living experts* » et militants)³⁰⁴. Ce changement est bien illustré par la publication en 1998 de *Current Concepts in Transgender Identity*, un recueil dirigé par Dallas Denny, une personne transgenre, se voulant l'actualisation de la démarche interdisciplinaire de Green et Money, lors de leur publication de *Transsexualism and Sex Reassignment* en 1969. Dans ce livre, de nombreux auteurs des sciences sociales comme Anne Bolin et Richard Ekins ainsi

³⁰⁰ Stryker, 2006, *op. cit.*, p.4. Stryker attribue à Leslie Feinberg d'avoir fait de *transgenre* un terme englobant l'ensemble de la « communauté du genre », plutôt qu'une troisième voie entre homme et femme (ou entre travesti et transsexuel).

³⁰¹ Green, Jamison, 1998, « FTM : An emerging voice », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.145-150

³⁰² C'est-à-dire en respectant leur subjectivité malgré une certaine objectivation de leur réalité.

³⁰³ Qui garde largement la même forme et la même façon de concevoir le phénomène, même si dans les années 1990 il accepte tranquillement l'idée d'une diversité dans le traitement.

³⁰⁴ Dallas Denny, 1998, « introduction », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.xvii et Boswell, Holly, 1998, « The transgender paradigm shift toward free expression », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.59

que de nombreux auteurs transgenres figurent aux côtés d'autorités médicales comme Green, Money et Pauly³⁰⁵.

Du côté médical (et cela est renforcé par les choix théoriques effectués par l'APA dans la publication de la troisième version du DSM) le phénomène des identités trans est conçu comme *syndrome*, soit comme une catégorie nosographique rendant compte d'un ensemble de symptômes particuliers. Si différentes théories sur l'étiologie du phénomène sont mises de l'avant, la perspective médicale se veut largement a-théorique et empirique. Elle vise à comprendre un phénomène pathologique actif dans les corps de ceux qui sont compris comme atteints du syndrome. À l'opposé, les nouveaux contributeurs dans le discours savant sur les identités trans amènent une grille de lecture fondamentalement différente sur le phénomène.

Le champ théorique sur lequel ils se reposent provient principalement de l'interactionnisme symbolique³⁰⁶ et du socioconstructivisme³⁰⁷. Le monde humain y est présenté comme une multitude de situations dans lesquelles des *acteurs* interagissent à l'aide de signes, de conventions, de rôles et de représentations symboliques. La vie humaine y est comprise comme suivant des règles universelles valables en tout temps et en toute société, règles qu'il convient de comprendre et de théoriser³⁰⁸. Dans cette perspective, aucune valeur normative n'est attribuée aux contenus culturels, l'ensemble des croyances des acteurs sur le monde étant désacralisé et objectivé de la même façon³⁰⁹. Au niveau méthodologique, ce sont

³⁰⁵ C'est principalement sur ce livre que se base l'analyse du présent chapitre.

³⁰⁶ Erving Goffman est un des auteurs les plus cités comme fondement théorique parmi les contributeurs de *Current Concepts*.

³⁰⁷ Peter Berger étant son plus célèbre représentant.

³⁰⁸ Entre autres par l'étude minutieuse de situations particulières.

³⁰⁹ C'est à travers ce relativisme en terme de contenu représentationnel que sera critiqué le discours scientifique médical portant sur la transsexualité.

l'ethnométhodologie³¹⁰, l'ethnographie et la théorisation ancrée qui sont principalement mobilisées pour rendre compte du phénomène des identités trans. Plutôt que de tenter de comprendre un phénomène médical affectant des corps, on est alors plutôt face au *vécu* d'une *communauté*, c'est-à-dire que l'objet d'investigation est l'expérience symbolique particulière (ce qui implique l'étude des pratiques des acteurs et du sens qu'ont ces pratiques pour eux) d'un ensemble d'acteurs étant conçus comme occupant une même position dans le jeu des interactions humaines³¹¹.

Le regard est alors double. D'un côté il cherche à *objectiver l'expérience* des membres du groupe à travers la construction de catégories théoriques émergeant de façon inductive du matériel ethnographique³¹², ou bien par l'application de concepts théorique à l'expérience particulière qui est étudiée³¹³. D'un autre côté il appréhende *la position objective* des membres d'un *sous-groupe* (ici, différentes classifications des personnes trans) en relation aux non-membres (ici, les individus posés comme suivant les normes de sexe et de genre) et cherche à la fois à comprendre les conséquences de cette position sur l'expérience (stigmatisation, discrimination, etc.) et à la fois à décrire cette position à l'aide de concepts universellement valides développés par la théorie³¹⁴.

Cette transformation de l'objet d'étude passant des *corps* vers les *significations* entraîne un déplacement de la façon dont sont compris le sexe et le genre. Plutôt que les entités conçues comme « objectives » présentées par le discours

³¹⁰ Les travaux d'Harold Garfinkel, créateur du terme, qui a étudié des vécus de personnes transsexuelles sont entre autres mobilisés.

³¹¹ Que ce soit comme membres d'une micro-communauté ou bien par leur position analogue de *marginaux* en ce qui a trait aux normes de sexe et de genre.

³¹² Par exemple, le concept de *male-femaling* de Richard Ekins.

³¹³ Par exemple le concept de *carrière* pour rendre compte du processus de développement de l'identité chez les personnes trans. Ekins et King, *op. cit.*, p.100

³¹⁴ Par exemple l'utilisation des concepts sociologiques de « déviances » et de « outsiders » pour rendre compte de la situation objective des personnes trans par rapport au reste de la société.

médical (le corps biologique sexué, le « processus pathologique » qui serait présent chez la personne transsexuelle, des rôles sociaux considérés largement immuables, etc.), ce discours problématise des ensembles de croyances et de représentations pour montrer au lecteur comment elles ne font pas assez de place à la différence. Le problème dont traitent ces textes est double. D'abord, les représentations du sexe et du genre sont traitées comme historiquement particulières et arbitraires. L'ensemble des croyances de la population sur la binarité des sexes, mais aussi le discours médical sur la question, sont posés comme faisant partie d'un système de croyances sans validité particulière. On parlera, par exemple, de *l'ordre sexe/genre*³¹⁵ qui lie chaque sexe à un ensemble de stéréotypes conçus comme arbitraires.

Deuxièmement, ces croyances sont conçues comme limitant indûment ce qu'on conçoit comme une *diversité humaine naturelle*³¹⁶. En effet, les données de l'anthropologie sont mises à contribution pour appuyer l'idée que les vécus humains en terme de genre seraient multiples³¹⁷. Là où Richard Green démontrait dès les années 1960 que des manifestations de transsexualisme existaient au travers des cultures et de l'histoire³¹⁸ afin de démontrer la réalité du phénomène psychologique

³¹⁵ Cromwell, Jason, 1998, « Fearful others : medico-psychological construction of female-to-male transgenderism », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.118-119

³¹⁶ Il n'est pas question ici de poser un jugement sur la justesse d'une telle conception, mais d'explicitier sa place dans le discours que les sciences sociales ont déployé sur les identités trans.

³¹⁷ Par exemple, par l'illustration de nombreuses catégories constituant dans certaines cultures (autochtones d'Amérique, indienne, etc.) une forme de *troisième sexe*.

³¹⁸ Le texte original de Green, « Mythological, Historical, and Cross-Cultural Aspect of Transsexualism » ayant paru dans *The Transsexual Phenomemon* (1966) et dans *Transsexualism and Sex Reassignment* (1969) constitue d'ailleurs le chapitre 1 de *Current Concept* (1998).

ou somatique que constituait le transsexualisme³¹⁹, le nouveau discours non médical sur les identités trans mobilise ces exemples pour problématiser la conception occidentale de la binarité des sexes et révéler par ce regard critique la vérité du genre comme étant une construction sociale. La « culture assimilationniste contemporaine »³²⁰ occidentale, à travers le colonialisme, aurait participé à l'effacement de la diversité humaine en terme de genre et imposé l'apparente naturalité de la binarité. Cette dernière est posée comme une construction discursive proprement occidentale liée à son histoire et ses institutions comme la religion chrétienne et la médecine³²¹.

Le processus « d'effacement de la diversité » est parallèlement posé comme un processus d'élimination des individus sortant de la norme par ceux qui y adhèrent³²². Ainsi une norme, au contenu historiquement particulier et *arbitraire*, côtoie un processus objectif de discrimination et d'élimination des individus situés en dehors de cette norme. Les personnes visées par l'objectivation médicale apparaissent ainsi non pas directement comme objet de connaissance³²³, mais simplement comme *l'envers de la norme*, comme personnes victimes du fait de leur positionnement social quant au respect de ces normes. Elles sont ainsi, pour certains auteurs, des manifestations de la « variance de genre » conçue comme processus naturel et

³¹⁹ Green, par ce texte, menait comme Harry Benjamin une charge contre la rigidité des croyances sur la binarité des sexes en vue d'accorder une crédibilité au nouveau phénomène de la *transsexualité*. Son utilisation des données anthropologiques et historiques est en ce sens très différente de celles, plus récentes, visant à objectiver et critiquer directement les discours occidentaux sur le sexe et le genre en posant ce dernier comme pure construction sociale.

³²⁰ Boswell, *op. cit.*, p.55

³²¹ Voir par exemple, la position de Ruth Hubbard dans Hubbard, Ruth, 1998, « Gender and genitals : constructs of sex and gender », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.46 et p.49 ou l'exposition par Anne Bolin de la perspective des « transgenderists » dans Bolin, *op. cit.*, p.63

³²² Voir par exemple, Cromwell, *op. cit.*, p.121

³²³ Qu'il conviendrait de regrouper en catégories discrètes et d'expliquer par des étiologies.

universel³²⁴. Plusieurs auteurs traitent ces personnes comme membres d'une liste en constant mouvement d'identités profondément distinctes³²⁵, identités qui occuperaient une place analogue de par leur non-conformité avec la norme majoritaire.

Chez plusieurs auteurs trans, *l'indéfinition* de la variance de genre s'inscrit comme une nécessité politique et morale visant à épargner à d'autres les souffrances qu'ils ont vécus en lien à leur inadéquation en terme de normes de sexe et de genre, particulièrement dans le contexte des années 1990 où de multiples identités nouvelles émergent³²⁶. Chez les auteurs provenant des sciences sociales exprimant moins clairement leur normativité politique, l'indéfinition de la variance de genre s'ancre autant dans le fait que la *multiplication* des identités s'inscrit comme phénomène empirique objectif nouveau à explorer et comprendre³²⁷, et par le rôle d'un cadre théorique en terme de représentation et de norme sociale.

Ainsi pour Anne Bolin, la multiplication des identités dans les années 1990 n'est que la libération d'un continuum identitaire qui était toujours là, mais qui était restreint par les catégories limitées permises par le discours et la pratique médicale³²⁸. Parallèlement, chez des auteurs comme Richard Ekins et William Henkins, les vécus des personnes trans sont à comprendre en fonction d'une expérience significative particulière, mais nullement anormale. Pour Henkins, l'expérience trans n'est qu'une

³²⁴ Comme cela a été mentionné, ce sont surtout les données anthropologiques et historiques qui ont servi de base à l'affirmation de l'universalité d'un phénomène de diversité en terme de genre. Généralement, la nature de cette variance de genre reste inexplorée, sa seule existence rendant les conceptions courantes « binaires » sur le sexe et le genre *invalides*. Voir entre autres Hubbard, *op. cit.*, pp.48-49 et Green, 1998, *op. cit.*, p.159

³²⁵ Les années 1990 sont en effet un moment où les catégories d'identité de genre se multiplient et où une diversité de possibilité en terme de corps commence à être reconnue. Aux *travestis* et *transsexuels* pré ou post-opératoire s'ajoutent les *transsexuels non-opératoire*, les « *transgenderists* », les « *transgendered persons* », les *genderbenders*, etc.

³²⁶ Voir par exemple Green, 1998, *op. cit.*, p.154

³²⁷ Voir Bolin, *op. cit.*, pp.74-75

³²⁸ *ibid.*

forme particulière d'un processus humain normal de dissociation³²⁹. Pour Ekins, le concept de *male-femaling* permet de décrire l'expérience subjective particulière d'un groupe (les personnes travesties et transsexuelles MtF) qui ne se distingue des autres êtres humains que par des comportements particuliers³³⁰.

C'est donc la sortie - la transgression - des normes de genre qui est à connaître comme un champ de recherche neuf dans lequel les anciennes conceptions médicales doivent être évacuées, tout comme leurs catégories trop rigides ne laissant pas assez de place à la diversité des expériences, des trajectoires et des identités en terme de genre. Au niveau politique et normatif, la sortie des normes de genre devient le but avoué pour plusieurs auteurs, permettant, comme l'affirme Sandy Stone, de « [...] devenir plus complètement humain [ma traduction] »³³¹. Les contraintes et les limitations doivent donc laisser place (dans le discours savant comme dans la pratique) à la liberté, ou à tout le moins, à une individualité subjective *indéniable*, qui n'est irréductible ni à des normes créées et imposées par d'autres ni à des savoirs qui se créent en faisant violence aux individualités subjectives des personnes concernées³³². Face à la norme, objet d'enquête apparaissant comme problématique, se dresse donc l'individualité subjective dans toute sa diversité, qu'il convient pour le discours des sciences sociales d'explorer sans jamais pouvoir prétendre la saisir

³²⁹ Henkins, William, 1998, « Multiple personality order : an alternate paradigm for understanding cross-gender experience », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing.

³³⁰ La différence entre les personnes trans et les autres n'en étant alors qu'une de partage (ou non) de pratiques et de significations communes avec le groupe majoritaire. Voir Ekins, Richard, 1998, « On male femaling : a grounded theory approach to cross-dressing and sex-changing », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing.

³³¹ Boswell, *op. cit.*, p.56

³³² Comme le mentionne Holly Boswell : « For us, the experience comes first, then our conceptual explanation of it [...] Many of us have become living proof of transgender reality » *ibid.*, p.56

entièrement, auquel cas il se rendrait coupable de reproduire cette même norme et de faire violence à ceux qui constituent la « communauté du genre ».

4.2 Conséquences sur les conceptions du sexe, du genre et de la sexualité

Cette façon de problématiser les identités trans comme un problème de normes et de représentations sociales majoritaires limitant une diversité de vécus subjectifs - diversité dont l'indéniabilité s'instaure comme nécessité politique et morale et dont la réalité ne peut être niée en tant que phénomène empirique - entraîne la critique de plusieurs catégories et concepts touchant la question des identités trans. Parmi ces catégories, on retrouve le concept de *sexe*, celui de *transsexualité*³³³, ainsi que l'interprétation courante de plusieurs manifestations historiques de non-conformité de genre. Finalement, le discours médical subit une critique radicale visant à remplacer ses catégories par une conception alternative du phénomène des identités trans.

Dans le chapitre « Gender and Genital : constructs of Sex and Gender », Ruth Hubbard aborde la question de la catégorie de *sexe*. Comme il a été vu plus haut, dans le discours médical traditionnel sur la transsexualité, le concept de sexe subissait déjà une déconstruction en vue de montrer qu'il s'agissait d'un objet complexe où pouvaient se glisser de nombreux dysfonctionnements donnant lieu aux identités trans. Ici, la critique du concept de sexe s'articule sur des auteures féministes ayant repris la distinction de Money entre sexe et genre en l'incluant dans une critique

³³³ Autant en terme de catégorie médicale que d'identité assumée par des personnes trans.

sociologique et épistémologique visant à invalider les savoirs *androcentrés* qui permettent de penser qu'un corps féminin est nécessairement lié à des caractéristiques de genre précises (et vice versa pour le corps masculin). Se reposant entre autres sur les analyses de Anne Fausto-Sterling ainsi que de Suzanne Kessler et Wendy McKenna, Hubbard conçoit le sexe non pas comme processus complexe (susceptible de dysfonctions), mais comme un concept *invalide*.

Les conditions intersexes sont en effet comprises comme prouvant que le sexe est en réalité un continuum, une réalité qui serait masquée par la présence dans la société de représentations sociales erronées qui seraient à la fois originaire de la communauté scientifique tout en aveuglant ces mêmes scientifiques et affaiblissant la validité de leurs constructions théoriques³³⁴. Ainsi, au niveau théorique et politique, la conséquence de cette reconceptualisation du sexe est le rejet de la *catégorie de sexe*, jugée à la fois trop complexe³³⁵ et surtout trop suspecte d'être un construit théorique sans lien réel avec la réalité empirique³³⁶. Le projet théorique et politique (initialement féministe) visant à couper l'association automatique entre les corps sexués et des normes sociales binaires mène donc, dans le discours des sciences sociales sur les identités trans, au rejet et au discrédit de la catégorie de sexe.

Dans les années 1990, l'émergence des identités transgenre ainsi que l'analyse en terme de normes et de significations portée par les sciences sociales permettent également de penser le concept de *transsexualité* comme une manifestation d'un système de représentations sociales proprement occidental permise par les

³³⁴ Voir, par exemple, Hubbard, *op. cit.*, pp.47-50

³³⁵ Comme il sera abordé plus en détail plus bas, le rôle organisateur du sexe biologique comme articulant les différentes dimensions du sexe, du genre et de la sexualité sera perdu au profit de l'*identité de genre* du fait d'une *complexité trop grande* qui émergerait de la prise en compte de la diversité en terme de genre et de sexualité.

³³⁶ *ibid.*, pp.55-56. Si peu de textes critiquent directement le concept de sexe, la marginalisation de son importance est généralement partagée.

technologies biomédicales³³⁷. Le phénomène que la catégorie de transsexualité devait permettre de décrire est alors conçu comme *variance de genre* ou *identités transgenres* et, comme il a été vu plus haut, il est conçu comme une diversité théoriquement inépuisable. Dans cette perspective les identités « transsexuelles » revendiquées par de nombreuses personnes trans depuis les années 1960 sont problématisées comme étant *insuffisantes* au même titre que le système de significations qui les a permises.

Les identités transsexuelles sont ainsi comprises comme étant le résultat d'un manque d'options pour les personnes trans ou d'une participation active au « western paradigm »³³⁸ liant sexe et genre. La réalité des identités trans est ainsi posée en terme de variance de genre ou d'expériences transgenres diverses et les identités transsexuelles sont reconceptualisées comme une sous-espèce d'un phénomène plus général³³⁹. Au niveau politique, il importe alors de refuser la participation à la norme binaire et de refuser l'assimilation dans la majorité³⁴⁰ en mettant de l'avant une identification *transgenre*, qui permette la libre expression de la personnalité sans préoccupation aucune pour le sexe (et sa binarité), afin de briser une fois pour toutes le lien entre sexe et genre³⁴¹.

Le changement de perspective amené par les auteurs des sciences sociales et les auteurs trans participe aussi d'une révision de la signification accordée aux manifestations historiques de non-conformité de genre. Comme il a été vu plus haut,

³³⁷ Voir entre-autre Bullough et Bullough, *op. cit.*, p.17, Boswell, *op. cit.*, p.57 et Bolin, *op. cit.*, p.68

³³⁸ Bolin, *op. cit.*, p.68

³³⁹ Passant *du* phénomène problématique à une identité trans parmi d'autres.

³⁴⁰ L'identité transsexuelle étant comprise par plusieurs auteurs transgenres au mieux comme une erreur et au pire comme une volonté d'assimilation.

³⁴¹ Boswell, *op. cit.*, 56-58. Cela correspond à la promotion d'une identité *transgenre*, dans l'acception restreinte du terme, soit un moyen terme entre le travestissement et la transsexualité ou entre femme et homme.

dans le discours médical, les manifestations historiques et culturelles de non-conformité de genre ont été mobilisées pour permettre de penser l'existence d'une condition pathologique non psychotique liée au sexe et au genre. Plusieurs cas de non-conformité de genre ont aussi été mobilisés par des auteurs féministes et lesbiennes pour illustrer l'oppression des femmes et démontrer l'existence de l'homosexualité féminine³⁴². L'introduction de l'idée d'une communauté composée de l'ensemble des manifestations de variance par rapport aux normes de sexe et de genre permet un retour sur l'ensemble de ces manifestations historiques ou anthropologiques.

Pour Jamison Green, le joueur de Jazz Billy Tipton (une personne ayant passé une grande partie de sa vie en tant qu'homme et dont le corps féminin fut découvert à sa mort), de par la persistance de son travestisme, était nécessairement un *homme*, et non pas une femme lesbienne vivant secrètement en tant qu'homme pour pouvoir vivre son orientation sexuelle ou sa passion pour la musique Jazz³⁴³. Le même type de révision est effectué en 1992 par Leslie Feinberg, pour qui l'insistance de Jeanne d'Arc de s'habiller en homme, malgré la menace que ce comportement faisait planer sur sa vie, est une preuve de son identité de personne *travestie* et de sa volonté de manifester une expression authentique de soi en terme de genre³⁴⁴. Si les conceptions restreintes du travestisme (étant perçu comme largement fétichiste et comme un phénomène principalement masculin) et de la transsexualité avancée par le discours médical traditionnel sur les identités trans excluaient *de facto* un cas comme Jeanne d'Arc du phénomène des identités trans, la reconceptualisation de ce phénomène en terme d'une diversité mouvante (que la typologisation n'arrive jamais à épuiser) de la

³⁴² Feinberg, Leslie, 1992, *Transgender liberation : a movement whose time has come*, World View Forum

³⁴³ Green, 1998, *op. cit.*, p.159

³⁴⁴ Feinberg, *op. cit.*, p.12

subversion des normes de genre permet l'inclusion d'un tel cas dans le domaine des identités trans.

Jeanne d'Arc apparaît ainsi comme manifestation du *phénomène transgenre*³⁴⁵, prouvant sa transhistoricité. De telles réinterprétations de cas historiques sont considérées comme nécessaire par les auteurs trans, à la fois par respect pour l'identification et l'autocompréhension d'eux-mêmes que ces personnes sont jugées avoir eu, et à la fois pour protéger leur mémoire de la « norme binaire occidentale ». Par exemple, pour Jamison Green, Billy Tipton aurait subi une réappropriation illégitime par la communauté lesbienne et par les médias (l'un et l'autre se valant par l'imposition à Billy Tipton d'une identité de femme du fait de son sexe biologique).

Comme l'affirme Anne Bolin : « Male-to-female transsexual surgery underscores the Euro-American principles of gender »³⁴⁶. C'est par une telle perspective, que les auteurs provenant des sciences sociales dans le nouveau discours savant sur les identités trans problématissent le modèle médical traditionnel. Celui-ci serait le résultat de normes sociales occidentales portant sur le genre, autant qu'il serait une source importante de ces normes. Celles-ci serviraient à l'effacement arbitraire d'une diversité indéniable des identités de genre présente dans toute l'espèce humaine et à son remplacement par l'illusion d'une binarité des sexes³⁴⁷. On conteste également la perspective pathologisante du discours médical traditionnel.

Comme il a été vu au chapitre précédent, la figure de la personne *transsexuelle* y est inséparable de l'idée de souffrance ainsi que d'un grand nombre de troubles mentaux cooccurrents. Une critique émerge alors selon laquelle la

³⁴⁵ Dans l'acception large du terme équivalent à *variance de genre*.

³⁴⁶ Bolin, *op. cit.*, p.69

³⁴⁷ Voir entre-autres Feinberg, 1992, *op. cit.* et Bolin, 1998, *op. cit.*

multiplicité maintenant reconnue des identifications trans permet de concevoir le phénomène des identités trans comme fondamentalement non pathologique. Outre la conception déjà abordée des identités trans comme variance de genre et comme phénomène naturel, qui renvoie déjà à la nature normale du phénomène, le discours médical traditionnel est critiqué en fonction de son mode d'échantillonnage. En effet, certains auteurs affirment que seules les personnes trans les plus souffrantes seraient allées chercher de l'aide médicale³⁴⁸. Les constructions discursives du milieu médical seraient donc basées sur certaines personnes plus souffrantes ou problématiques et ne correspondraient aucunement à la réalité de la population *gender variant* ou transgenre, qu'on conçoit comme aussi normaux psychologiquement que le reste de la population. Cela est justifié par certaines études sur la santé mentale des personnes trans provenant du milieu médical³⁴⁹. Les sciences sociales, selon certains, seraient en meilleure position que le monde médical à écrire au sujet de la véritable population trans, d'autant plus que l'ensemble des données du milieu médical serait potentiellement teinté par la volonté des patients de correspondre à la figure idéale créée par la médecine³⁵⁰.

Au-delà de la question de l'échantillonnage, la principale critique adressée au discours médical est celle de la limitation de ses catégories pour rendre compte d'une réalité trop diverse et complexe. En effet, dans les années 1990, la figure du transsexuel développée dans les années 1960 d'un mâle profondément féminin et

³⁴⁸ Cole, Collier M. et Walter J. Meyer, 1998, « Transgender behavior and DSM IV », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.228-231. Cela serait valable autant pour les personnes autrefois conçues comme transsexuelles et la conception d'individus « dérangés » que la médecine leur aurait imposée, que pour les personnes autrefois conçues comme travesties, à qui elle aurait imposé une image de perversion sexuelle (ainsi qu'une séparation arbitraire d'avec la « communauté du genre »).

³⁴⁹ *ibid.*, p.231

³⁵⁰ Devor, Holly, 1998, « Sexual-orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.256

attiré envers les hommes est plus ou moins déjà invalidée par les faits. Comme il a été mentionné précédemment on reconnaît dès les années 1970 une certaine diversité des candidats, qui se manifeste à la fois par le test de vie réelle comme principal déterminant de l'accès à la transition médicale et par des typologies, soit basée sur l'âge d'apparition des symptômes ou sur l'orientation sexuelle, donnant un portrait binaire de la population trans MtF³⁵¹, ce à quoi s'ajoute la catégorie de *travestisme fétichiste* toujours connectée à la question des identités trans par le passage de plusieurs personnes d'un travestisme fétichiste à une identité trans. Pour ce qui est de la population trans FtM, la figure unique d'une personne masculine et attirée envers les femmes domine toujours dans les années 1990. Cependant, à cette époque, les manifestations de la diversité des identités trans commencent à être trop nombreuses pour être ignorées.

L'identité transgenre apparaît ainsi pour exprimer un soi genré qui ne soit pas *épisodique* comme la figure classique du *travesti* ni une *assimilation* (sociale et physique) comme la figure du *transsexuel*³⁵². La personne transgenre, contrairement à la figure classique du transsexuel, peut vouloir être connue et reconnue comme *personne trans* et non pas invisibilisée comme membre d'un sexe ou de l'autre. Pouvant jouer avec les normes d'expression genrée, tel que le permet alors pour chacun la société³⁵³, la personne transgenre peut exprimer sa personnalité genrée en mélangeant des vêtements, intérêts et caractéristiques corporelles généralement associées à un sexe ou à l'autre. Autant dans le discours médical et le discours des sciences sociales, on reconnaît l'importance du phénomène des « femmes avec un

³⁵¹ Par exemple, la distinction entre *transsexuels primaires* et *secondaires* de Person et Ovesey ou celle entre personnes transsexuelles « androphiles » et « autogynéphiles » de Ray Blanchard.

³⁵² Stryker, 2006, *op. cit.*, p.4. Il s'agit de l'acception restreinte du terme *transgenre*, ne référant pas ici à l'entière variance de genre, mais à sa définition telle que proposée par Virginia Prince.

³⁵³ Bolin, *op. cit.*, pp.87-89

pénis »³⁵⁴, qui sont alors incluses de plein droit (et non comme une forme ou une autre de travestisme) dans le phénomène des identités trans. La binarité des identités de genre, des expressions de genre, et même des corps sexués s'efface alors pour laisser place à une infinité d'options pour la personne trans.

Le lien entre l'orientation sexuelle et son lien avec les identités trans est un autre aspect important de cette critique du discours médical traditionnel. En effet, celui-ci posait un lien entre la *transsexualité véritable*³⁵⁵ et une attirance sexuelle envers les personnes « de même sexe ». Or, le portrait de la sexualité des personnes trans qui se développe est très complexe. De nombreuses personnes trans s'identifient comme homosexuelles ou hétérosexuelles, alors que d'autres sont bisexuelles ou bien asexuelles³⁵⁶. On constate aussi que des personnes trans changent d'orientation sexuelle pendant et après leur transition³⁵⁷. Cet état de fait avait été suggéré par la littérature médicale depuis les années 1960 et 1970. Cependant, dans le discours médical, la diversité des orientations sexuelles entraînait un questionnement sur la nature des types de transsexualisme propre aux personnes trans³⁵⁸.

Inversement, dans le discours des sciences sociales des années 1990, la diversité des orientations sexuelles sert de preuve à la discréditation du discours médical³⁵⁹, mais elle sert surtout à discréditer l'entière des conceptions (profanes ou savantes) des identités trans et des orientations sexuelles qui se baseraient sur le sexe

³⁵⁴ *ibid.*, p.88 et Money et Lamacz, *op. cit.*, p.402. Le terme est utilisé pour référer aux personnes transgenres dans le sens de l'acceptation restreinte du terme.

³⁵⁵ Que ce soit la figure décrédibilisée du *véritable transsexuel*, ou les différentes typologies qui associent généralement la forme la plus authentique ou sérieuse de transsexualisme à une attirance des personnes MtF envers les hommes, et une attirance des personnes FtM envers les femmes.

³⁵⁶ Bolin, *op. cit.*, p.91

³⁵⁷ Bullough et Bullough, p.29

³⁵⁸ Donc une problématisation des corps pathologisés et une certaine hiérarchisation des types de transsexualismes.

³⁵⁹ Qui est accusé de poser comme normale et d'imposer l'hétérosexualité.

et sur la possibilité pour un observateur de caractériser « objectivement » l'attirance sexuelle d'une personne trans ou de son/sa partenaire. Ainsi, les concepts même d'homosexualité et d'hétérosexualité se voient critiqués comme niant l'autocompréhension des personnes trans et de leurs partenaires lorsque ce concept est utilisé dans le discours médical en se référant au sexe de naissance de la personne plutôt qu'à son genre³⁶⁰. Une relation entre une personne trans MtF et une femme, considérée comme hétérosexuelle par le discours médical, devra plutôt être considérée comme homosexuelle, ou « homogenderal »³⁶¹.

La priorité accordée à l'expérience subjective significative plutôt qu'à une réalité « objective » du corps pathologisé par la médecine permet de poser l'indépendance absolue de quatre caractéristiques 1) l'identité de genre 2) l'orientation sexuelle 3) l'expression de genre, et 4) le sexe³⁶². Le phénomène des identités trans est ainsi posé comme une multitude d'expériences uniques échappant à la typologisation, chaque personne pouvant adopter une position qui lui est propre en terme des quatre caractéristiques, toutes étant conçues comme un continuum d'homme à femme. Cependant, si cette indépendance occupe dans le discours des sciences sociales la position stratégique de négation de toute proposition liant avec une prétention d'objectivité³⁶³ l'un de ces aspects avec un autre chez une ou plusieurs personnes trans³⁶⁴, elle est en réalité relative. En effet, les caractéristiques d'orientation sexuelle et d'expression de genre doivent être subordonnées au noyau

³⁶⁰ Devor, *op. cit.*, pp.251-252

³⁶¹ *ibid.*, p.252

³⁶² Bolin, *op. cit.*, p.73

³⁶³ Donc en étant conçu comme susceptible de reproduire des représentations sociales arbitraires par l'inscription du locuteur dans le système sexe/genre occidental.

³⁶⁴ Donc sans respect pour la subjectivité de cette personne ou de ce groupe de personnes.

fondamental de l'expérience subjective qu'est l'identité de genre³⁶⁵. Quant au sexe, concept *suspect*, il est à la fois considéré comme un potentiel objet d'expression de soi par la modification corporelle et aussi comme substrat d'une expérience genrée unique à chacun³⁶⁶. Il est ainsi subordonné à l'identité de genre en ce qui a trait au classement social en terme de sexe et de genre, tout en restant important comme déterminant de l'expérience individuelle.

Le discours médical liait ces quatre caractéristiques dans une série de typologies classant les personnes trans. Le discours des sciences sociales réplique à cette volonté par l'exposition d'un champ des expériences subjectives où chaque tentative d'objectivation rencontre un contre-exemple qui la nie³⁶⁷. Dans ce champ trop complexe, seule *l'identité subjective* peut servir de guide à un observateur pour lui permettre de savoir s'il est face ou non à une personne trans³⁶⁸. Ainsi, Jamison Green affirme que la seule différence entre une lesbienne *butch*³⁶⁹ et un homme trans est l'identité de genre³⁷⁰. Jason Cromwell dit la même chose en ce qui a trait de la séparation entre les hommes travestis et les personnes trans MtF³⁷¹. Ainsi l'ensemble des catégories utilisées par les experts désignant extérieurement différents *types* de personnes en fonction de définitions claires basée sur une certaine configuration en terme d'identité de genre, d'orientation sexuelle, d'expression de genre et de sexe sont

³⁶⁵ Voir par exemple Cromwel, *op. cit.*, p.131, pour un exemple d'articulation de l'orientation sexuelle sur l'identité de genre.

³⁶⁶ Par là j'entends, les études en sciences sociales qui cherchent à rendre compte de l'expérience de l'identité de genre et de celle de l'identité sexuelle, dans lesquelles le corps physique est un élément parmi d'autres.

³⁶⁷ Par exemple des cas de travestisme sans excitation sexuelle, ou bien des personnes trans FtM attirées envers les hommes.

³⁶⁸ Ou face à n'importe quelle catégorie, par exemple celle de *personne homosexuelle*.

³⁶⁹ Femme homosexuelle manifestant une certaine masculinité sociale.

³⁷⁰ Green, 1998, *op. cit.*, p.152

³⁷¹ Cromwell, *op. cit.*, p.138

délégitimisées. Entre les différents types d'identités, les frontières définies font alors place à une infinité de vécus individuels ne pouvant être caractérisés en dehors de la subjectivité des personnes qui les vivent.

Une conséquence de l'indépendance entre les quatre caractéristiques posée par le nouveau discours savant sur les identités trans est la délégitimation de l'objet d'étude que se posait le discours médical traditionnel sur les identités trans depuis les années 1950. Cet objet, comme il a été mentionné dans le précédent chapitre englobait l'entièreté de *la déviance sexuelle*, soit l'ensemble des dysfonctionnements des multiples mécanismes de la différenciation sexuelle. Les identités trans ne pouvaient donc pas être pensées en dehors des conditions conçues comme pathologiques qui leur était voisines (perversions, fétichisme, homosexualité, etc.) et qui était largement pensées entretenir un lien étiologique avec elles³⁷². Seul « le transsexuel véritable » était l'objet de sympathie (de par sa nature véritablement féminine enfermée dans un corps masculin ou vice versa), les autres membres de la « communauté du genre » étant conçus comme suspects de par leur appartenance à cette grande communauté de la « perversion » et par la nécessité de limiter la transition médicale. Le nouveau discours savant sur les identités trans met fin à cette association en posant l'authenticité de l'identité trans dans la seule identité subjective. Toute personne s'écartant de la norme en ce qui a trait à l'une des quatre caractéristiques est ainsi conçue comme victime des processus objectifs de stigmatisation et d'élimination par les membres de la société respectant les normes majoritaires en terme de sexe et de genre, et elle est donc conçue comme méritant

³⁷² Le continuum discuté au chapitre précédent en est une manifestation, avec d'un côté des identités trans moins *authentiques* impliquant la masculinité, la libido masculine (seule conçue comme manifestant des perversions) et l'attrance envers les femmes chez les personnes MtF et de l'autre celles considérées plus authentiques impliquant la féminité et l'attrance envers les hommes. Certains auteurs provenant de la médecine, comme Ira Pauly, posent aussi que certains types de transsexualisme seraient des manifestations d'homosexualité ou de travestisme ne trouvant pas d'autres façons de s'exprimer qu'une identité transsexuelle.

également la sympathie, la protection et l'aide médicale qui lui permettrait de vivre mieux.

Les conséquences de la nouvelle grille d'analyse qui a été exposée dans ce chapitre sont multiples en ce qui a trait à la compréhension de ce qui pose problème et la façon dont la société et ses institutions devraient réagir. Au niveau de la compréhension de ce qui pose problème, les figures du *vrai transsexuel* et de son envers, la figure du *transsexuel secondaire* ou du *pseudo-transsexuel*, sont remplacées par un triple objet d'étude : les normes et systèmes de représentation imposés par la majorité des membres de la communauté, les processus objectifs d'imposition de ces normes par la majorité, et une diversité empirique de la non-conformité à ces normes que la théorie n'arrive jamais à épuiser (et qui ne peut jamais être appréhendé en dehors de la subjectivité des personnes concernées). Au niveau des conséquences normatives de cette grille d'analyse, c'est moins un ensemble de propositions concrètes en terme d'intervention sur les personnes qui est mises de l'avant, mais plutôt une injonction à l'ensemble des membres de la société et particulièrement au monde médical de ne pas imposer leurs croyances et représentations aux personnes trans (l'entièreté du discours médical étant délégitimisé comme manifestation d'un système de pensée arbitraire). Particulièrement parmi les auteurs trans, c'est la dépathologisation des identités trans et l'autodétermination complète en terme d'expression de genre, de sexualité, et de configuration corporelle qui sera exigé aux acteurs du gouvernement ainsi que du monde médical.

CHAPITRE V

LA DÉPATHOLOGISATION DES IDENTITÉS TRANS

Dès la fin des années 1990, les nombreuses critiques au modèle médical traditionnel commencent à être intégrées par un nombre toujours grandissant de professionnels de la santé. Si l'*American Psychiatric Association* (APA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) conservent largement une perspective pathologisante³⁷³, les Standards de Soins (SOC) de la WPATH sont révisés dans le sens d'une première ouverture à un autre modèle d'intervention et de traitement. En effet, la version 5 des Standards de Soins (1998) met de l'avant une clarification des buts thérapeutiques des soins aux personnes trans : il s'agit du « [...] lasting personal comfort with the gendered self in order to maximize overall psychological well-being and self-fulfillment. »³⁷⁴

Ce nouveau principe directeur de l'intervention accompagne une série de changements aux Standards de Soins qui inclut des directives claires quant à la flexibilité du traitement en fonction des besoins spécifiques des personnes trans et l'explicitation du fait que les différents éléments de la triade de soins sont à être considérés séparément plutôt que comme des étapes consécutives d'un même

³⁷³ Par exemple, le DSM-IV-TR permet de diagnostiquer « objectivement » une identité trans chez un enfant sans l'affirmation de cette identité par celui-ci (donc sans référence à sa subjectivité). Chez les adultes, il accorde une place au concept controversé d'*autogynéphilie* pour les personnes trans MtF.

³⁷⁴ Levine, Stephen B. *et al.*, 1998, *The Standards of Care for Gender Identity Disorders*, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

traitement³⁷⁵. Parallèlement, même si les catégorisations psychiatriques de l'APA et de l'OMS sont toujours utilisées, l'obligation de psychothérapie est retirée et le *test* de vie réelle est remplacé par *l'expérience* de vie réelle pour insister sur l'aspect informatif (pour le thérapeute et pour la personne trans) plutôt que sélectif de cet aspect du traitement. On y ouvre aussi l'intervention thérapeutique aux enfants et adolescent par l'introduction des médicaments bloqueurs de puberté comme élément des soins.

Dans les années 2010, toutes les associations importantes abandonnent le modèle médical traditionnel en dépathologisant explicitement les identités trans³⁷⁶. Du côté des SOC, la dépathologisation s'effectue par la conceptualisation des identités trans comme « [...] une question de diversité, pas une pathologie. »³⁷⁷ Les identités trans sont alors comprises comme cas de *non-conformité de genre*, définie comme situation où « [...] l'identité, le rôle ou l'expression de genre d'une personne diffère de la norme culturelle prescrite pour les personnes d'un sexe déterminé »³⁷⁸ et c'est l'ensemble de cette non-conformité de genre qui devient l'objet d'une potentielle intervention thérapeutique.

³⁷⁵ Ce qui est renforcé et explicité d'avantage dans les SOC version 6. Coleman, Eli, 2009, « Toward Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), p.4

³⁷⁶ L'analyse qui suit ne concerne pas directement la Classification internationale des maladies de l'OMS, le processus de révision pour la version 11 n'étant pas terminé en date du début de l'analyse. Cependant, différentes sources permettent de croire que les changements qui y seront faits en ce qui à trait aux identités de genre seront largement similaires à ceux des SOC-7 et DSM-5. Voir entre autres Moser, Charles, 2016, https://www.researchgate.net/publication/312142488_ICD-11_and_Gender_Incongruence_Language_is_Important

³⁷⁷ World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012, *Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme : 7ème version*, p.4

³⁷⁸ WPATH, *op. cit.*, p.5. À l'inverse des SOC-6 qui les concevaient comme pathologie relevant de la psychiatrie.

Parallèlement, une nouvelle condition, la *dysphorie de genre*³⁷⁹, est introduite pour désigner la souffrance particulière que peuvent vivre les personnes de genre non conforme, avec une insistance sur le fait que seules certaines personnes de genre non conforme en font l'expérience. De plus, à travers le *modèle du consentement éclairé*, les technologies médicales et thérapeutiques disponibles sont mises au service de l'expression de genre des personnes de genre non conforme, incluant celles n'ayant pas de dysphorie de genre³⁸⁰.

Un dernier aspect de la dépathologisation effectué dans les SOC-7 est la problématisation explicite de l'environnement par la communauté médicale : les troubles cooccurrents (souffrances, troubles de personnalité, compulsivité, etc.) sont compris comme étant le résultat de l'environnement social³⁸¹ (stigmatisation, transphobie, etc.) et le rôle des praticiens et thérapeutes est conçu comme incluant une forme de mobilisation politique, ainsi qu'une intervention directe dans les milieux sociaux de leurs clients si nécessaire³⁸².

Du côté du DSM-5 la dépathologisation passe par la restriction de la condition psychiatrique à la seule souffrance ressentie du fait de l'identité de genre, soit la *dysphorie de genre*. Le sexe biologique est également abandonné comme référence au profit du concept de genre, comme le montre la définition suivante de la dysphorie de genre : « A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender [...] »³⁸³ De plus, la référence au concept *d'autogynéphilie* présente

³⁷⁹ Un terme introduit en 1973 par Norman Fisk et ayant un historique élargi d'utilisation, mais sans jamais avoir eu une place officielle ni dans les SOC, ni dans le DSM, ni dans la CIM.

³⁸⁰ WPATH, *op. cit.*, p.2

³⁸¹ *ibid.*, p11 et p.27

³⁸² *ibid.*, p.2 et p.4

³⁸³ American Psychiatric Association (APA), 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : fifth edition*, p. 452

dans le DSM-IV-TR servant à distinguer les personnes trans MtF selon leur orientation sexuelle est retirée dans la description de la dysphorie de genre. Les versions 7 des SOC et 5 du DSM témoignent de la mise en place d'un nouveau modèle de traitement basé sur le respect de la subjectivité, la personnalisation des soins et la problématisation de l'environnement social dans une optique thérapeutique.

5.1 Les critiques contre le modèle médical traditionnel

Lors des années 2000, les critiques de la communauté trans envers le modèle médical traditionnel se multiplient. Si ces efforts ont permis de faire plier la communauté des soignants lors de la révision des SOC en 1998³⁸⁴ dans le sens d'une ouverture envers la diversité dans les versions 5 et 6, le modèle médical traditionnel reste cependant la norme. Cela est d'autant plus clair que les SOC réfèrent alors encore à la catégorisation des identités trans présentes dans le CIM et le DSM, soit le *transsexualisme* et les *troubles de l'identité de genre*, qui sont des troubles psychiatriques. Les auteurs trans mettent alors de l'avant une critique de la totalité du modèle dominant, et présentent des conceptions alternatives de ce que devrait être une perspective thérapeutique en ce qui a trait aux questions de genre³⁸⁵.

Parmi ces auteurs on retrouve Julia Serano, qui dans *Whipping Girl* (2007) présente le modèle médical traditionnel comme une tentative d'élimination de la diversité en terme de genre et de sexualité, tout en présentant l'entreprise scientifique

³⁸⁴ Serano, Julia, 2007, *Whipping Girl : A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*, Berkeley : Seal Press, p.106

³⁸⁵ De telles critiques et conceptions alternatives existaient déjà dans les années 1990. Cependant, le contexte des années 2000 se démarque par la prise de parole toujours grandissante des auteurs trans, ainsi que par la grande mobilisation politique ayant eu lieu autour des révisions des SOC, mais surtout du DSM, dont la catégorisation psychiatisante était conçue comme contribuant fortement à la stigmatisation des personnes trans.

typologies des personnes MtF prenant en compte leur sexualité, des typologies qui seraient rendues caduques par l'indépendance entre sexe, orientation sexuelle, identité de genre et expression de genre³⁹². Finalement, Serano pose que la place plus importante des personnes MtF dans la littérature médicale prouve le sexisme des chercheurs³⁹³. Plutôt que le modèle consistant à limiter la possibilité de transition, Serano, comme de nombreux autres auteurs et organisations de personnes trans, propose que ce soit les personnes trans qui aient directement le contrôle de la transition médicale et légale³⁹⁴.

Ainsi, c'est sous le thème des critiques par les personnes trans (militants ou professionnels de la santé) et de leurs alliés, et celui de l'exigence de dépathologisation que se fera la révision des SOC et du DSM vers la fin des années 2000³⁹⁵. En rapport aux pressions en vue d'une nouvelle façon d'assurer la santé des personnes trans, deux attitudes peuvent être distinguées parmi les contributions des spécialistes ayant participé à ces révisions : une perspective naturalisante et une perspective pathologisante³⁹⁶.

5.2 La perspective naturalisante comme alternative

³⁹² *ibid.*, pp.116-123

³⁹³ *ibid.*, p.114

³⁹⁴ Serano, *op. cit.*, p.141

³⁹⁵ Lev, Arlene Istar, 2009, « The Ten Tasks of the Mental Health Provider : Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), p.75 et Drescher, *op. cit.*

³⁹⁶ Il s'agit évidemment d'idéaux-types. Si certains spécialistes peuvent être identifiés assez clairement comme adoptant une perspective plutôt que l'autre (Par exemple, Diane Ehrensaft, Arlene Istar Lev, Sam Winter, Lin Fraser, pour la perspective naturalisante, et Kenneth Zucker ou Anne Lawrence, pour la perspective pathologisante) certains auteurs ont une position plus ambiguë.

Dès le début des années 2000, certains spécialistes, dont Eli Coleman, président de la HBIGDA de 2001 à 2003, proposent d'abandonner le modèle médical traditionnel³⁹⁷. Ces spécialistes font le constat de l'inadéquation entre ce modèle et une reconnaissance de la diversité des identités de genre, ainsi que de l'expérience vécue de plusieurs personnes trans³⁹⁸. Ils proposent alors de réformer les soins aux personnes trans dans le sens de la reconnaissance d'une diversité échappant à la binarité des sexes, d'une personnalisation des soins et d'une intervention plus active dans les milieux de vie des personnes trans et dans l'univers politique et social³⁹⁹. La place de cette nouvelle perspective parmi les spécialistes se manifeste entre autres en 2006 par le changement de nom de la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* en *World Professional Association for Transgender Health*, visant explicitement à souligner le rejet d'une conception du genre articulée à la binarité des sexes en faveur d'un nouvel objet d'autorité médicale - la variance de genre ou la non-conformité de genre - articulée sur une conception identitaire ou expérientielle du genre.

Les auteurs pouvant être associés à la perspective naturalisante mettent explicitement de l'avant l'idée d'un changement de paradigme dans les soins aux personnes trans. Pour ce faire, ils mobilisent des modèles explicatifs des identités transgenres se voulant non pathologisants. Comme il a été vu plus haut, dès les années 1990, les auteurs des sciences sociales avaient déjà mobilisé des théories concurrentes aux étiologies médicales, soit en exprimant leur expérience personnelle comme personne trans, ou comme allié en cherchant à décrire l'expérience vécue et le

³⁹⁷ Fraser, Lin, 2009, « Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care : Background and Recommendations », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), p.112

³⁹⁸ *ibid.*, p.113 et p.121

³⁹⁹ Fraser, *op. cit.*, p.112

sens donné par les personnes trans à ces expériences. Dans les années 2000, c'est au sein des disciplines non psychiatriques pratiquant la psychothérapie et le *counselling*⁴⁰⁰ qu'émergent les modèles qui serviront de proposition de remplacement aux théories et catégories pathologisante dans le cadre de la pratique thérapeutique et de ses principes. Comme le souligne Lin Fraser, on peut relever parmi ces nouveaux modèles ceux de Walter Bockting et Eli Coleman, de Aaron Devor, de Istar Arlene Lev, et de Lin Fraser⁴⁰¹.

Ces modèles ont en commun une absence de problématisation des identités trans : celles-ci sont prises comme allant de soi. Non seulement l'expérience subjective des personnes trans y est considérée comme l'objet de prédilection de la connaissance, mais les théorisations du genre mises de l'avant par les auteurs trans servent de base à la compréhension de ce qu'est *le genre*⁴⁰². Autour de l'objet de l'expérience subjective de l'émergence d'une identité trans⁴⁰³, ces théories mobilisent des concepts provenant des sciences sociales, d'auteurs post-modernes comme Judith Butler, ou même de la psychanalyse. Contrairement aux théories psychanalytiques et psychiatriques autrefois dominantes où l'expérience de l'individu était scrutée pour en comprendre les « dysfonctionnements », ces nouveaux modèles thérapeutiques la scrutent simplement pour décrire les étapes communes de l'émergence d'une nouvelle compréhension de soi.

La perspective naturalisante pose donc que les personnes trans sont des personnes *normales*, mais *différentes*, tout en adoptant une conception du genre comme expérience unique échappant aux catégorisations (comme le montrerait la

⁴⁰⁰ La psychologie, la sexologie, et le travail social.

⁴⁰¹ Fraser, *op. cit.*, p.116

⁴⁰² C'est-à-dire, le genre comme *expérience individuelle unique*. Voir entre autres Fraser, *op. cit.*, p.114

⁴⁰³ Comme *émergence* ou *coming-out* d'une identité chez Bockting, Coleman et Devor, comme *narratif* chez Lev ou comme « authentic self » ou « authentic gender » chez Fraser.

diversité sans cesse mouvante des identités trans). On fait ainsi référence au « full range of people with transgendered experiences »⁴⁰⁴, aux « gender nonconforming experiences »⁴⁰⁵, ou au concept de *variance de genre* dans l'optique d'inclure dans le phénomène tous ceux que la rigidité des catégories médicales a pu exclure de l'accès aux soins et aux techniques de transition. Comme l'affirme Sam Winter : « [...] the phenomenon is most constructively viewed as a rare but nonetheless valid variation in the human condition, which is considered unremarkable in some cultures. »⁴⁰⁶ La variance de genre est donc conçue comme une variation naturelle non problématique. Si aucun consensus scientifique n'est alors établi quant à l'origine biologique des identités trans⁴⁰⁷, ces auteurs préfèrent tout de même travailler avec l'hypothèse de *naturalité* du phénomène⁴⁰⁸.

On retrouve également dans la perspective naturalisante une conception de la variance de genre et des identités trans comme ne pouvant pas être correctement appréhendés d'après le seul discours médical. Le modèle traditionnel est conçu comme ayant échoué à rendre compte de la variance de genre comme phénomène

⁴⁰⁴ Matte, Nicholas, Aaron H. Devor, et Theresa Vladicka, 2009, « Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care : Background and Recommendations », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), p.49

⁴⁰⁵ Lev, 2009, *op. cit.*, p.76

⁴⁰⁶ Winter, Sam, 2009, « Cultural Considerations for the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care : The Asian Perspective », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), p.34

⁴⁰⁷ Meyer-Bahlburg, Heino F. L., 2010, « From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism : Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2).

⁴⁰⁸ Que ce soit en cherchant à rendre le nouveau modèle cohérent avec l'hypothèse biologique comme dans Winter, *op. cit.*, p.35 et Matte et al., *op. cit.*, p.50, au cas où cette dernière soit un jour validé, ou bien simplement en posant comme base du nouveau modèle la prémisse de naturalité comme dans Lev, 2005, *op. cit.*, p.xix

universel présentant une infinité de manifestations culturelles ou individuelles⁴⁰⁹. On propose plutôt de concevoir la variance de genre comme phénomène complexe ne pouvant pas être compris en dehors de l'intersection de ses aspects médicaux, psychologiques et sociaux⁴¹⁰, ainsi qu'à travers l'expérience et les théories mises de l'avant par les personnes trans elles-mêmes.

La critique du discours médical traditionnel impliqué par cette perspective se fait également au nom même d'une série de principes guidant l'activité thérapeutique. Ainsi, on mobilise les buts thérapeutiques affirmés en 1998 par la WPATH, soit le « lasting personal comfort with the gendered self » et le « psychological well-being and self fulfillment »⁴¹¹. On fait également référence à la définition de la santé adoptée par l'Association Mondiale de la Santé, qui la conçoit non pas seulement comme absence de maladie, mais comme « [...] complet bien-être physique, mental et social [ma traduction]. »⁴¹² D'après ces buts explicitement affirmés, l'intervention thérapeutique est conçue comme allant beaucoup plus loin que la réduction d'une souffrance intense, comme c'était autrefois le cas⁴¹³. Au contraire, l'intervention des soignants peut être comprise comme pouvant impliquer toute action participant à une amélioration du bien-être de ceux qu'ils jugent en avoir besoin.

C'est selon une telle logique où l'action thérapeutique vise une meilleure *qualité de vie* et un plus grand *bonheur* que Walter J. Meyer propose d'étendre les soins de transition aux personnes trans ne voulant qu'une partie des soins de la

⁴⁰⁹ Ce discours aurait forcé les identités trans à prendre la forme particulière de la pathologie médicale de la transsexualité à des fins de légitimité sociale. Voir, par exemple, Matte et al., *op. cit.*, p.47 ou Lev, 2005, *op. cit.*, p.xxv

⁴¹⁰ Voir entre-autre Winter, *op. cit.*, p.20

⁴¹¹ Winter, *op. cit.*, p.20

⁴¹² Fraser, *op. cit.*, p.113

⁴¹³ Comme il a été vu plus haut, la personne trans était largement perçue comme étant psychologiquement « misérable », ce qui était vu comme nécessaire à la légitimité d'une solution aussi « radicale » que la transition médicale.

triade⁴¹⁴. Le principe de *consentement éclairé* est également mobilisé pour justifier l'utilisation des soins et techniques de transition médicaux à toute personne en sentant le besoin et ayant la capacité de consentir, incluant les personnes dont les troubles de santé mentaux cooccurrents les auraient autrefois fait exclure de la liste des candidats appropriés⁴¹⁵.

Les auteurs associés à cette perspective tentent aussi de réformer le langage utilisé par la communauté des soignants. Ainsi, on critique la référence au sexe biologique des personnes dans les nomenclatures médicales du fait qu'elle entre en conflit autant avec l'hypothèse d'une origine biologique qu'avec l'auto-identification des personnes trans⁴¹⁶. On propose également chez des auteurs particulièrement critiques d'abandonner toute terminologie médicale afin de rétablir le lien de confiance entre les personnes trans et la communauté des soignants, qu'on affirme être brisé⁴¹⁷. Istar Arlene Lev, abordant la question de la section des SOC sur la psychothérapie, propose ainsi de changer le terme *diagnostique* par *évaluation*, et le terme *patient* par celui de *client* pour des raisons similaires⁴¹⁸.

La transformation de l'objet d'intervention médical et thérapeutique passant des personnes transsexuelles à l'entièreté de la variance de genre et de la non-conformité aux normes de genre entraîne chez les auteurs de la perspective naturalisante une critique des données de prévalence utilisées traditionnellement pour appréhender l'ampleur du phénomène. Ainsi, pour Sam Winter, les données de prévalence occidentales de 1 :30 000 à 1 :100 000 seraient biaisés en ce qu'une

⁴¹⁴ Meyer, Walter J., 2009, « World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care Requirements of Hormone Therapy for Adults with Gender Identity Disorder », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), p.131

⁴¹⁵ Lev, 2009, *op. cit.*, pp.76-77

⁴¹⁶ Winter, *op. cit.*, p.35 et Matte et al., *op. cit.*, p.50

⁴¹⁷ *ibid.*, p.48

⁴¹⁸ Lev, 2009, *op. cit.*, p.82

majorité de personnes trans ou non conformes aux normes de genre ne sentiraient en fait pas le besoin de demander l'aide des spécialistes⁴¹⁹. Ces chiffres seraient aussi la manifestation d'une culture occidentale restreignant arbitrairement les manifestations de variance de genre. Winter mobilise plutôt des chiffres provenant de pays asiatiques dont les cultures seraient plus ouvertes à la diversité pour proposer une prévalence allant entre 1 :75 et 1 :600⁴²⁰, tout en notant que la transition s'y effectue à un âge moins avancé. L'augmentation des identifications trans observée à l'époque par les cliniciens, particulièrement chez les jeunes⁴²¹, serait donc non problématique et elle serait cohérente avec ce qu'on conçoit comme le véritable phénomène d'intérêt, soit le combat entre une variation naturelle cherchant sans cesse à s'exprimer et des normes sociales de genre toujours contraignantes.

Finalement, pour les auteurs liés à la conception naturalisante, le phénomène de la variance de genre se passe largement de la communauté des soignants. En effet, non seulement, la majorité des personnes trans échapperaient à la perception et au contrôle des spécialistes des soins aux personnes trans, mais même au niveau de l'accès aux soins, les premiers se passeraient largement des derniers. Ce serait principalement dû à la force de la communication entre les personnes trans, et à la mobilisation de l'internet pour faciliter l'accès aux hormones sans prescription et l'accès aux services médicaux privés partout à travers le monde⁴²². En ce sens, la communauté des soignants, en développant ses critères d'évaluation et d'intervention, devrait s'assurer de s'adapter à un phénomène qu'elle ne contrôle plus, ne serait-ce que pour ne pas être laissée en plan.

⁴¹⁹ Winter, *op. cit.*, p.21

⁴²⁰ *ibid.*, p.21

⁴²¹ *ibid.*, p.35

⁴²² Winter, *op. cit.*, p.32 et Lev, 2009, *op. cit.*, p.81

5.3 La perspective naturalisante et l'environnement social

Cette nouvelle perspective thérapeutique en ce qui à trait aux personnes trans entraîne une série de conséquences importantes dans le discours médical sur les identités trans, qui participent d'une normalisation de celles-ci et d'une problématisation de leur environnement social et politique.

En premier lieu, le lien entre problèmes de santé mentale et identité trans est réévalué. Dans le discours médical traditionnel, la condition transsexuelle impliquait intrinsèquement une souffrance psychologique. Cela était renforcé par la présence largement reconnue chez un grand nombre de candidats de multiples troubles de santé mentale cooccurrents. Cette association entre souffrance psychologique et identité trans permettait entre autres un jugement normatif d'après lequel le transsexualisme devrait être idéalement évité, particulièrement en ce qui à trait aux manifestations de troubles de l'identité de genre chez les enfants.

Comme il a été vu au chapitre précédent, cette association a été critiquée par l'émergence d'études la remettant en question et par l'idée d'une erreur d'échantillonnage selon laquelle l'entièreté des données des spécialistes auraient été faussées par l'existence d'une communauté trans largement plus grande que la somme des personnes trans demandant les soins triadiques. La reconnaissance d'une communauté *transgenre*⁴²³ en Occident ou bien celle des formes non pathologiques de variance de genre dans plusieurs sociétés à travers le monde permet donc de penser les identités trans comme fondamentalement distinctes des troubles de santé mentale. Comme l'affirme Lev : « Most gender-variant people do not have mental illnesses; however, transgender and transsexual people are not immune from

⁴²³ Dans l'acception restreinte du terme.

having mental disorders »⁴²⁴. La question devient alors de savoir comment penser le rapport de ces troubles cooccurrents avec l'accès aux soins. Historiquement, les spécialistes avaient appliqué une sélection très sévère des candidats, éliminant de l'accès aux soins ceux ayant une instabilité psychologique ou émotionnelle et ceux ayant des troubles psychiatriques graves. Dans les années 2000, les taux de satisfaction en rapport aux soins triadiques s'améliorent de telle sorte que les regrets soient particulièrement rares, sans qu'il soit possible de savoir le poids de la « sélection sévère » par rapport au poids de l'amélioration des techniques chirurgicales dans cette amélioration⁴²⁵. Parallèlement, des études affirment que l'accès aux soins de transition peut améliorer significativement l'état mental de candidats ayant des troubles de santé mentale cooccurrents⁴²⁶.

Malgré le changement de paradigme, la question des risques au niveau des regrets de la transition que pourraient faire peser les troubles mentaux cooccurrents persiste, comme l'observent la plupart des auteurs de la perspective naturalisante. Cependant, puisqu'ils considèrent les « gender issues » comme fondamentalement séparés des troubles mentaux, ils proposent plutôt de *gérer les deux à la fois* lors d'un suivi psychothérapeutique. Plutôt que le rejet des candidats atteints de troubles mentaux, ils suggèrent plutôt une intensification de l'activité psychothérapeutique⁴²⁷.

⁴²⁴ Lev, 2009, *op. cit.*, p.76

⁴²⁵ Mayer, *op. cit.*, p.129

⁴²⁶ *ibid.*

⁴²⁷ Il s'agit bien d'une intensification puisque le thérapeute est alors chargé d'accompagner la personne trans dans son processus d'autodécouverte et de transition en même temps qu'elle tente de gérer ou guérir les troubles de santé mentale cooccurrents. Ces auteurs sont conscients de la difficulté accrue et comptent sur une plus grande facilité du diagnostic qui découlerait d'une relation plus harmonieuse entre *client* et thérapeute découlant de la nouvelle attitude d'affirmation de l'identité de la personne trans.

Ainsi, pour Lev, un trouble mental rendant une personne trans inapte à consentir à la transition n'est qu'un obstacle temporaire pour un spécialiste de la santé mentale⁴²⁸.

En plus de l'indépendance entre identité trans et problèmes de santé mentale, deux avancées théoriques particulières participent d'une reconceptualisation de leur lien où les derniers sont conçus comme résultant entièrement de l'environnement social de la personne trans.

Premièrement, les modèles théoriques trans-affirmatifs tels que ceux de Lev, et Fraser posent que l'identité trans est le résultat d'un processus de révélation de quelque chose de *profondément authentique*⁴²⁹. En conséquence, le fait d'être incapable d'exprimer cette part authentique de soi-même constitue un bris des conditions saines du développement psychologique et les conséquences sont conçues comme pouvant mener à des troubles de santé mentale. Ceux-ci sont donc « [...] not due to any inherent pathology of the transperson, but due to problems in the environment, either through inadvertent faulty mirroring (Fraser, 2007, p.6) or trauma (Lev, 2004, p.195) »⁴³⁰

En deuxième lieu, les auteurs de la perspective naturalisante mobilisent les concepts de *stress de minorité*, de *stigmatisation*, de *résilience* et de *discrimination* pour expliquer une grande partie des troubles mentaux cooccurrents par le traitement que les personnes trans subissent par leur environnement social. Ce traitement social serait ainsi à l'origine des troubles anxieux et dépressifs chez les personnes trans, ainsi que de problèmes de faible estime de soi et d'isolement, en plus d'affecter leur

⁴²⁸ Lev, 2009, *op. cit.*, p.77

⁴²⁹ Fraser, *op. cit.*, pp.114-117

⁴³⁰ *ibid.*, p.117

santé par une pression indirecte sur eux à s'engager dans des activités à haut risque (consommation de drogue, tentatives de suicide, etc.)⁴³¹

La question de la famille devient également centrale chez les auteurs de la perspective naturalisante. En effet, si la souffrance psychologique chez les personnes trans provient principalement de l'environnement, alors la famille, qui forme leur environnement le plus immédiat, peut être conçue comme un lieu pouvant offrir des facteurs de protections ainsi que des facteurs de risque. La famille devient donc un objet explicite d'intervention, soit par la thérapie familiale ou par la psychothérapie individuelle des membres de la famille d'une personne trans, ou bien encore comme sujet d'une entreprise *d'éducation* visant à harmoniser les comportements familiaux avec le bien-être des personnes trans.

Cette conception est en opposition avec l'ancien modèle médical d'après lequel la transition devait être évitée autant à la personne trans qu'à sa famille si cela était possible. C'est en fait dès les années 1990 que des auteurs du discours médical et thérapeutique sur les identités trans problématissent la famille comme objet d'intervention thérapeutique. Ils s'attaquent en premier lieu à l'idée que les couples des personnes trans sont destinés à l'échec et que les femmes qui restent en couple avec les personnes trans MtF ont elles même des troubles de santé mentale⁴³² et

⁴³¹ Winter, *op. cit.*, p.33

⁴³² Brown, George, 1998, « Women in the closet : relationship with transgendered man », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.365; Rosenfeld, Carole et Shirley Emerson, 1998, « A process model of supportive therapy for families of transgender individual », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p. 391. Les couples des personnes trans FtM sont quant à eux très peu problématissés.

proposent à l'inverse d'étudier la diversité des vécus de celles-ci⁴³³. Une certaine attention est également donnée aux difficultés et aux contradictions vécues par ces femmes. On reconnaît la souffrance qui peut être impliquée par le processus de redéfinition de la relation et par les efforts nécessaires à maintenir cette dernière⁴³⁴.

S'il est accepté qu'il est inévitable et parfois préférable que le couple ne survive pas, l'attention est principalement mise à promouvoir son maintien. En effet, différentes études et expériences cliniques montrent les conséquences positives du soutien familial et de l'affirmation de l'identité de genre d'une personne trans par sa famille immédiate sur sa vie sociale et sa santé mentale⁴³⁵. De plus, le fait d'élargir le regard thérapeutique de la personne trans à sa famille permet de concevoir l'intervention thérapeutique comme visant le maintien de l'*unité familiale*, plutôt que comme visant chaque personne individuellement⁴³⁶. En ce sens les obstacles au maintien de la relation sont conçus comme particulièrement problématiques et le premier parmi ceux-ci est l'ensemble des perceptions, « émotions incontrôlées » et représentations sociales de la partenaire d'une personne trans MtF.

En effet, l'expérience ayant démontré que les couples des personnes trans peuvent perdurer malgré une nouvelle identité de genre affirmée ou la révélation de comportement de travestissement⁴³⁷, on identifie différents facteurs participant au maintien du couple. Parmi ceux-ci on note entre autres la confiance et la

⁴³³ Par exemple, ce qui est pour elles intéressant dans une relation avec une personne trans, comme les qualités que celles-ci peuvent avoir ou bien l'attraction sexuelle. Voir par exemple Brown, *op. cit.*, p.365 et Cole, Sandra, 1998, « The female experience of the femme : a transgender challenge », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, p.384

⁴³⁴ Lev, 2005, *op. cit.*, p.16 et Cole, *op. cit.*, pp.380-381

⁴³⁵ Rosenfeld et Emerson, *op. cit.*, p.398 et Fraser, *op. cit.*, p.117

⁴³⁶ Cole, *op. cit.*, p.374 et Rosenfeld et Emerson, *op. cit.*, p.393

⁴³⁷ Brown, *op. cit.*, p.364 et Cole, *op. cit.*, p.374

communication au sein de celui-ci⁴³⁸. Cependant, un facteur de risque particulièrement important pour la relation est celui de « l'ignorance » de la partenaire, conçue comme entraînant potentiellement chez elle des réactions *irrationnelles* ou *hostiles*⁴³⁹ mettant en danger la survie du couple, un facteur qui peut cependant être corrigé par une intervention éducative lors de la thérapie.

Ainsi, l'acceptation de l'identité de genre de la personne trans par l'ensemble des membres de la famille, en tenant compte du rôle central de la correction de leurs représentations *incorrectes* (imputables entre autres à la culture, qui véhiculerait arbitrairement une conception binaire du genre) à travers la thérapie⁴⁴⁰, remplace la « protection » de la famille par la restriction de l'accès à la transition médicale résultant d'une sélection sévère des candidats par les spécialistes de la santé mentale.

Les auteurs pouvant être associés à la perspective naturalisante problématissent également le rapport entre les spécialistes de la santé mentale et les personnes trans. En effet, ils se positionnent en accord avec les personnes trans affirmant que le rôle historique de *gate-keepers* qu'ils ont pu jouer entraîne un bris de la confiance entre les candidats à la transition médicale et les spécialistes de la santé mentale⁴⁴¹. Ils conçoivent que cette absence de confiance pousse les personnes trans à mentir aux spécialistes dans le but de correspondre à l'image du *transsexuel*, qui serait largement une création du milieu médical, nuisant de ce fait à l'efficacité de l'évaluation⁴⁴².

Pour remplacer le rôle de *gate-keeper*, ils proposent de reconceptualiser le rôle du spécialiste de la santé mentale pour en faire « [...] a gender specialist and an

⁴³⁸ *ibid.*, p.378

⁴³⁹ Brown, *op. cit.*, p.364 et Cole, *op. cit.*, pp.383-384

⁴⁴⁰ Rosenfeld et Emerson, *op. cit.*, pp.394-397

⁴⁴¹ Lev, 2009, *op. cit.*, pp.75-76

⁴⁴² *ibid.*, p.79

advocate and educator for transgender people and their families utilizing a nonpathologizing assessment process. »⁴⁴³ S'ils reconnaissent l'existence de conditions psychiatrique ne permettant pas un consentement éclairé pour la transition, ils postulent que le fait de créer un espace sans jugement où l'autocompréhension de la personne trans peut s'exprimer librement en étant validée est la condition essentielle de toute activité visant à améliorer sa santé mentale⁴⁴⁴. Sur cette base, le spécialiste de la santé mentale peut procéder à une *évaluation* (et non pas un diagnostic) du client, incluant son autodéfinition ainsi que les différents troubles cooccurrents (d'origine environnementale ou non) qui peuvent l'affecter, qui pourront tous être travaillés avec le spécialiste de façon collaborative et trans-affirmative lors d'un suivi psychothérapeutique⁴⁴⁵. En ce qui a trait au rôle de référencement attendu du spécialiste de la santé mentale par les autres professionnels de la santé s'occupant des soins de transition médicale, il est conçu comme devant être fourni selon les besoins exprimés par la personne trans⁴⁴⁶.

Le nouveau rôle du spécialiste de la santé mentale se veut d'autant plus élargi qu'il est conçu comme devant non seulement témoigner de *l'émergence* de l'authenticité réprimée de la personne trans, mais aussi accompagner et guider celle-ci dans ce processus difficile. Comme l'affirme Lev : « The goal of therapy is to assist the client in greater self-knowledge so he or she can make informed decisions about his or her gender expression, self identity, body configuration, and ultimate direction of his or her life. »⁴⁴⁷ Or, dans le contexte des connaissances sur le rôle de l'environnement, ce rôle de support doit aussi être accompagné d'une intervention

⁴⁴³ Lev, 2009, *op. cit.*, p.74

⁴⁴⁴ Fraser, *op. cit.*, p.119 et p.122 et Lev, 2009, *op. cit.*, p.80

⁴⁴⁵ *ibid.*, pp.91-94

⁴⁴⁶ *ibid.*, p.94

⁴⁴⁷ Lev, 2005, *op. cit.*, p.186

des spécialistes de la santé mentale dans l'environnement social des personnes trans. Cette intervention peut prendre soit la forme de l'investissement politique dans le sens des intérêts des personnes trans ou celle d'un effort actif d'éducation et de correction des représentations erronées⁴⁴⁸. Cette dernière tâche peut entre autres impliquer d'informer les écoles, entreprises et institutions comment réguler et organiser l'interaction entre les personnes trans et l'ensemble de l'organisation de façon cohérente avec le savoir spécialisé sur le genre qui est celui du spécialiste; elle peut également impliquer de servir d'expert dans des causes judiciaires⁴⁴⁹.

Un autre aspect par lequel la perspective naturalisante participe d'une normalisation des identités trans et d'une problématisation de leur environnement social et politique est le changement de perspective quant à l'accès aux soins et techniques de transition. Comme il a été mentionné, les auteurs liés à cette perspective acceptent largement les critiques apportées par les personnes trans selon lesquelles le modèle médical traditionnel constitue une forme de *gate-keeping*, soit une restriction arbitraire des possibilités offertes par le monde médical. Ils conçoivent les personnes trans comme une large communauté diverse aux besoins multiples échappant à un modèle unique et considèrent l'acte de restreindre ce qui est conçu comme un besoin comme largement injustifié.

À l'appui de cette position, on mentionne les bas taux de regret de la transition médicale en Occident comme ailleurs, mais aussi le fait que des modèles alternatifs non occidentaux apportent des résultats satisfaisants alors que la sélection peut y être largement réduite, voire absente⁴⁵⁰. L'habitude fortement implantée dans les communautés trans d'Occident comme d'Asie de contourner les canaux officiels de la

⁴⁴⁸ Lev, 2005, *op. cit.*, p.185 et Fraser, *op. cit.*, p.123

⁴⁴⁹ Lev, 2009, *op. cit.*, p.94

⁴⁵⁰ Fraser, *op. cit.*, pp.29-33

médecine pour prendre directement en charge les techniques permettant la transition médicale (un phénomène bien implanté et connu, mais sans que les spécialistes puissent en évaluer l'ampleur) est également mobilisée au service d'une conception d'une communauté trans ayant une multitude de besoins inintelligibles pour la communauté des soignants. Les personnes trans sont donc conçues comme membre d'une communauté unique, mais diverse, s'étant vu imposer des restrictions inutiles par le monde médical, alors qu'à l'inverse elles seraient les mieux placées pour juger de la question de la transition médicale, sociale et légale.

Cela serait d'autant plus vrai que le modèle médical traditionnel seraient basé sur une conception restreinte de la santé, soit le diagnostic d'une pathologie et son élimination, plutôt qu'une conception de la santé basée sur l'amélioration du bien-être physique, mental et émotionnel des personnes trans⁴⁵¹. Du fait de la complexité d'assurer le bien-être des personnes trans et du fait d'une restriction *arbitraire* et *nocive* des soins et techniques de transition par la communauté médicale, c'est l'accompagnement et le support des personnes trans aiguillé par le principe de *consentement éclairé* qui sert de nouveau modèle de l'accès aux soins par celles-ci.

Il s'agit là d'une inversion de la problématique orientant les décisions médicales quant à l'accès au soin. En effet, on trouvait au coeur du modèle médical traditionnel une problématisation des *faux positifs*⁴⁵². La condition de transsexualité étant posée comme intrinsèquement liée à la souffrance et l'opération de changement de sexe étant conçue comme particulièrement grave, le modèle visait à restreindre l'accès à la transition au plus grand nombre possible. À l'inverse, le constat d'une *large communauté* historiquement réprimé dans ses besoins fondamentaux entraîne

⁴⁵¹ Winter, *op. cit.*, p.33

⁴⁵² Un cas qui apparaît correspondre à la condition, mais qui se révèle être autre chose. Par exemple, comme le mentionnent certains auteurs, un cas « d'homosexualité dystonique » apparaissant comme un cas de transsexualité.

une préoccupation pour les *faux négatifs*, soit les cas de personne que la communauté médicale pourrait ignorer ou restreindre du fait qu'ils ne seraient « pas assez trans »⁴⁵³. D'où la nécessité de supporter toute personne trans dans leur identité comme étape première de toute intervention médicale et thérapeutique avec elles.

Un dernier aspect de la normalisation des identités trans et de la problématisation de leur environnement peut se trouver dans le rapport entre identité trans et sexualité que pose la perspective naturalisante. Comme il a été vu au chapitre précédent, les années 1990 ont été le lieu de l'apparition dans le discours des sciences sociales sur les identités trans et celui du militantisme trans de l'idée d'une large communauté de la variance de genre. Celle-ci était largement conçue comme profondément diversifiée en terme d'identité de genre, d'expression de genre, d'orientation sexuelle et de configuration corporelle, diversité qui était conçue comme invalidant les typologies et catégories médicales se servant de l'articulation entre ces quatre composantes pour tenter de classer les personnes trans.

Les auteurs de la perspective naturalisante récupèrent largement cette analyse. Par exemple, Lev pose l'indépendance absolue des quatre caractéristiques et insiste sur leur nature dimensionnelle, soit comme diversité infinie sur quatre continuums différents⁴⁵⁴. Là où le discours médical traditionnel voyait quatre caractéristiques

⁴⁵³ En théorie une préoccupation pour les faux négatif n'exclut pas une préoccupation pour les faux positif. Cependant, la grande prudence des auteurs pathologisants est remplacée chez les auteurs naturalisants par une confiance accrue en les capacités de diagnostics future des spécialistes largement basée sur l'hypothèse qu'une attitude affirmative donnerait un meilleur accès au client et faciliterait le diagnostic, ce qui renvoie à une reconnaissance qu'un accès élargi aux soins pourrait dans l'état des choses augmenter le nombre de cas de faux positifs. Certains auteurs, comme Diane Ehrensaft, explicitent également que leur préoccupation principale concerne les faux négatifs.

⁴⁵⁴ Cette diversité infinie étant due (à l'exception du sexe qui devrait sa nature de continuum aux réalités intersexes et aux multiples configurations physiques permises par les technologies de transition) à la nature symbolique de l'expérience humaine conçue d'après une perspective post-moderne telle que celle de Judith Butler, soit comme un rapport individuel et inventif aux représentations et aux normes, plutôt que d'après un déterminisme sociologique fort comme dans, par exemple, les théories féministes matérialistes.

s'articulant différemment selon le type de variation au processus « normal » de différenciation sexuelle, la perspective naturalisante voit des chemins individuels impossibles à connaître autrement qu'à travers la subjectivité des personnes concernées. Abordant la question du lien reconnu entre la communauté lesbienne (particulièrement des lesbiennes dites *butch*) et la communauté des personnes trans FtM, Lev affirme : « Is a client with a lesbian past who is struggling with issues related to gender coming out as butch, transgendered or transsexual? How does she or *he* redefine intimate relationships, comprehend her or *his* history or defines identity. [italique dans le texte] »⁴⁵⁵

Dans cette perspective, la question n'est donc pas la catégorisation *objective* du candidat/client, mais plutôt l'identification *subjective* effectuée par celui-ci. Les auteurs associés à cette perspective rejettent donc radicalement les classifications des personnes trans, particulièrement celles basées sur l'orientation sexuelle et le concept d'*autogynéphilie*. L'acte médical et thérapeutique de classification est donc problématisé, non seulement comme étant scientifiquement et cliniquement problématique, mais surtout comme participant d'une négation de la diversité des genres et des identités ayant des impacts sur le bien-être et la santé des personnes trans.

Comme il a été vu jusqu'ici, la perspective naturalisante, ou trans-affirmative, pose le bien-être général comme but des soins aux personnes trans et tente de parvenir à ce but à travers le respect de la subjectivité de ces personnes. Cependant, l'environnement social (dans toutes ses déclinaisons interrelationnelles, institutionnelles, légales et même médicales) étant posé comme principal obstacle à ce but, il devient l'objet d'une théorisation visant à problématiser l'ensemble de ses

⁴⁵⁵ Lev 2005, *op. cit.*, p.107

composantes qui participent à la dégradation ou la non-amélioration du bien-être des personnes trans.

C'est ainsi que le concept de *transphobie*, ou ses versions anglophones *transphobia* et *transprejudice*, émergent pour rendre compte dans une perspective critique et socioconstructiviste de l'ensemble des représentations sociales, artefacts symboliques, et théorisations scientifiques qui participent à orienter l'action sociale de façon à affecter la santé physique et mentale des personnes trans. Par exemple, Sam Winter définit *transprejudice* comme « [...] the negative valuing, stereotyping, and discriminatory treatment of individuals whose appearance and/or identity does not conform to the current social expectations or conventional conceptions of gender. »⁴⁵⁶

La transphobie est conçue comme *le* problème fondamental du rapport entre la société et les personnes trans. Ainsi elle serait la source du *stress de minorité* vécue par les personnes trans qui affecterait leur bien-être de façon concrète « [...] through low self-esteem, social anxiety, social isolation, depression, helplessness, and hopelessness [...] »⁴⁵⁷, en plus d'être la cause de la détérioration de leur santé physique par la violence directe et une marginalisation qui les pousseraient à des comportements à haut risque. Le concept de transphobie s'accompagne d'une littérature scientifique et d'études visant à comprendre son fonctionnement et ses causes⁴⁵⁸. Ainsi, Winter problématise les croyances selon lesquelles les identités trans seraient un problème de santé mentale, selon lesquelles les personnes trans ne seraient pas réellement du genre/sexé auquel elles s'identifient, et celles selon lesquelles elles

⁴⁵⁶ Winter, *op. cit.*, p.23

⁴⁵⁷ *ibid.*, p.33

⁴⁵⁸ Ainsi, aujourd'hui, une part significative des articles scientifiques publiés dans l' *International Journal of Transgenderism* (associé à la WPATH) porte sur la transphobie et les préjugés comme objet de savoir et d'intervention.

auraient une motivation sexuelle à leur expression et leur identité, comme étant directement responsables du traitement des personnes trans *comme n'étant pas membre du genre auquel elles s'identifient*⁴⁵⁹.

Le concept de transphobie inclut donc dans un même ensemble les comportements négatifs envers les personnes trans visant directement leur variance au normes, et les comportements négatifs du fait de leur traitement comme personne ne faisant pas partie sexe ou genre auquel elles s'identifient (donc le refus de leur inclusion dans une catégorie sociale dont elles se réclament). Ces deux types de comportements occuperaient en effet la même fonction de négation de l'identité et de la subjectivité de la personne trans, négation qui pourrait mener, par exemple, une personne à avoir des comportements de retrait social affectant son bien-être. Le concept de transphobie renvoie donc à une problématisation de l'ensemble des représentations sociales qui participent du non-respect de la subjectivité des personnes trans affectant leur santé et leur capacité de participer aux activités sociales *en tant que personne appartenant au genre auquel elles s'identifient*.

La médecine n'échappe pas à ce nouveau champ d'analyse puisqu'elle est conçue, dans le cadre de l'étude de la transphobie, comme l'une de ses sources principales. En effet, ses moyens et son prestige social feraient d'elle un foyer de représentations sociales d'après lesquelles les personnes trans ne seraient pas *réellement* des personnes appartenant au genre auquel elles s'identifient. Comme l'affirme Winter : « [...] a mental disorder model of GIV may, by promoting and supporting transprejudice, contribute to mental pathology among transpeople : in short [...] pathologization is pathogenic. »⁴⁶⁰ Ainsi, les cliniciens et théoriciens pouvant être associés à la perspective pathologisante sont conçus par les auteurs liés à

⁴⁵⁹ Winter, *op. cit.*, p.25

⁴⁶⁰ Winter, *op. cit.*, p.34

la perspective naturalisante comme contribuant directement à la souffrance des personnes trans.

5.4 La perspective pathologisante face aux critiques

Dans le contexte des années 2000 où les discours et théories produits par les personnes trans et leurs alliés (autant au sein des disciplines des sciences sociales que des disciplines cliniques et thérapeutiques) commencent à siéger d'égal à égal avec l'ancien discours médical, un grand nombre de spécialistes des soins aux personnes trans sont confrontés à l'inadéquation entre leur façon de concevoir et d'intervenir sur les personnes trans et un nouveau paradigme. Celui-ci prend pour eux la forme d'une série de critiques leur étant adressées et cherchant à invalider leurs constructions théoriques ainsi que les rôles ayant été historiquement les leurs dans les soins aux personnes trans. Ces critiques, étant portées par un nombre grandissant de cliniciens et de thérapeutes au sein même des différentes disciplines d'où émerge le savoir autorisé sur la question, prennent largement la forme de questionnements théoriques, méthodologiques et empiriques devant absolument être pris au sérieux.

Si certains rares spécialistes, comme Paul McHugh⁴⁶¹, adoptent une position clairement pathologisante et normativement négative envers les identités trans, la plupart des spécialistes adoptent plutôt une position selon laquelle ils reconnaissent la validité des critiques lorsque celle-ci sont posées d'après les critères de la discussion scientifique. En ce sens, la perspective pathologisante constitue simplement la reconnaissance de la scientificité des productions intellectuelles et médicales ayant été produite sur les identités trans depuis le début de l'intérêt médical et psychiatrique

⁴⁶¹ Paul McHugh est généralement crédité pour avoir mis fin aux opérations de changement de sexe à la clinique de John Hopkins en 1979. Il est un vocal opposant à l'idée que les identités trans soient des variations naturelles, et les considère plutôt comme des troubles psychiatriques.

sur la question. Elle se pose donc en continuité avec le discours médical traditionnel, tout en acceptant, en tant qu'activité scientifique et clinique, d'être transformée lorsque cela est justifié. En ce sens, elle contraste avec la perspective naturalisante selon laquelle le discours médical traditionnel (et le modèle traditionnel d'intervention sur la question des identités trans) est largement une activité produisant et reproduisant une normativité sociale transphobe opprimant une variance de genre naturelle et largement impossible à appréhender en dehors de la subjectivité des personnes trans ou variante de genre.

Le contraste entre les deux positions est rendu explicite par leur façon de concevoir le double phénomène, largement reconnu dans les années 2000 par le milieu clinique, de la diversification et de l'augmentation répertoriée du nombre de personnes trans, phénomène qui touche à la question de la définition de l'objet de savoir et d'intervention des disciplines cliniques et thérapeutiques.

Pour la perspective naturalisante, le phénomène est expliqué par une plus grande affirmation de soi des personnes variantes de genre, qui constitue le véritable objet de la pratique clinique des soins aux personnes trans. À l'inverse, pour la perspective pathologisante, il n'est pas reconnu que la variance de genre - un phénomène qui soit en dehors de l'intelligibilité du monde clinique⁴⁶² - englobe le phénomène ayant été l'objet du discours médical traditionnel. La variance de genre est plutôt reconnue comme existante, mais en dehors du domaine médical, thérapeutique et clinique.

⁴⁶² La plupart de ce qui a été écrit sur les personnes trans hors des sciences sociales avant les années 1990 étaient en effet basé sur des échantillons cliniques. En ce qui a trait à la variance de genre, population échappant majoritairement au regard médical, on considère ne pas la connaître et n'avoir que peu d'information sur elle. Voir, par exemple, de Vries, Annelou L. C., et Cohen-Kettenis, Peggy T., 2009, « Review of World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care for Children and Adolescents with Gender Identity Disorder : A Need for Change? » *International Journal of Transgenderism*, 11(2) p.106

Pour ces spécialistes, il n'existe donc qu'une seule population sur laquelle porter le regard : celle qui est référée aux spécialistes des soins aux personnes trans, initialement dans le cadre des soins triadiques, puis plus récemment, dans le cadre de traitement plus personnalisé. Les changements dans le sens de la diversification des identités et des soins recherchés, ainsi que l'augmentation des consultations par des personnes trans en vue de transition⁴⁶³ sont conçus comme des nouvelles données sur cette population, dont les causes sont toujours largement à comprendre⁴⁶⁴. La perspective pathologisante fait donc une distinction importante entre la population faisant l'objet d'intervention thérapeutique et l'ensemble des personnes non conformes de genre se manifestant dans différentes sphères sociales (médias, artistique, communautaire, politique, académique, etc.). La revendication politique visant la reconnaissance des personnes s'identifiant comme trans, mais sans se reconnaître atteints de quelque trouble concernant la médecine ou concernant une autre discipline thérapeutiques (voir sans être atteint de quelque souffrance que ce soit), est donc entendue et respectée.

À la recommandation de retirer complètement le diagnostic, on propose plutôt de « [...] focussing the diagnosis more clearly on gender dysphoria rather than confusing it with gender role nonconformity [...] »⁴⁶⁵ Ainsi, on propose de problématiser médicalement et thérapeutiquement la seule souffrance des personnes

⁴⁶³ Entre les années 1960 et 1990, le nombre de demandeurs se serait multiplié par trois ou même par huit. Zucker, Kenneth J., et Anne Lawrence, 2009, « Epidemiology of Gender Identity Disorder : Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), p.16

⁴⁶⁴ Bien qu'on soupçonne que la connaissance plus grande des identités trans dans la population en générale, chez les spécialistes et dans les médias favorise l'augmentation des consultations, on ne retrouve pas dans la perspective pathologisante la prémisse qu'il s'agit d'une expression de la variance de genre. Cette idée est plutôt présentée comme une hypothèse non démontrée, voire non démontrable dans l'état des connaissances. Voir entre autres Zucker et Lawrence, *op. cit.*, p.16 et de Vries et Cohen-Kettenis, 2009, *op. cit.*, p.100

⁴⁶⁵ Bockting, Walter, 2009, « Are Gender Identity Disorders Mental Disorders? Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), p.58

trans, déclarant ainsi l'ensemble des personnes s'identifiant comme trans comme non atteint d'une quelconque pathologie, sauf en cas de souffrance⁴⁶⁶. À l'opposé, on reconnaît qu'il existe dans la société une variance de genre qui ne concerne ni la thérapie ni la clinique et qui relève du rapport entre la personne et les normes sociales.

Cela est en contraste avec la perspective naturalisante pour laquelle la variance de genre *est* le nouvel objet d'intervention thérapeutique. Également, si une certaine légitimité est accordée aux discours non thérapeutiques en ce qui a trait à l'objet des identités trans, c'est uniquement en ce que celles-ci sont conçues comme ne relevant plus de la sphère médicale et thérapeutique. Ainsi, plutôt que d'intégrer les discours alternatifs directement dans la conception médicale et thérapeutique de l'objet d'intervention, on préfère leur accorder une légitimité sur un objet parallèle - la non-conformité aux normes sociales et les identités subjectives personnelles - dont les liens avec l'objet historique d'intervention thérapeutique sont encore à connaître sans qu'on puisse encore se prononcer clairement sur la nature du lien qui les lie⁴⁶⁷.

⁴⁶⁶ Cette concession envers la dépathologisation apparaît davantage comme une concession aux pressions politiques de normalisation des identités trans que d'un réel changement d'opinion sur leur nature. La lecture des documents de travail publiés de la WPATH et particulièrement ceux de l'APA montre que pour les auteurs qu'on peut associer à la perspective pathologisante, il n'y a largement aucun changement de population entre les personnes atteintes de *troubles de l'identité de genre* et celles atteintes de *dysphorie de genre*. On laisse ainsi quiconque le juge pertinent s'identifier comme personne trans en continuant de s'occuper de ceux qui souffrent du fait de la différence entre leur perception d'eux-mêmes comme personne genrée et leur sexe biologique.

⁴⁶⁷ Ainsi, en ce qui a trait aux travaux sur la 5e version du DSM, c'est cette position de reconceptualisation du phénomène comme dysphorie de genre qui mène à l'adoption d'un langage en terme de *genre*, et non pas une acceptation explicite d'une conception du genre comme spectre ou identité (menant au rejet du concept de sexe). En effet, le problème étant la souffrance liée au genre, les personnes intersexes souffrant de leur assignation sont naturellement incluses dans le phénomène. L'assignation d'un sexe de naissance à ces personnes étant difficile, le langage du genre est alors utilisé pour éviter toute confusion. Voir Zucker, Kenneth J. et al., 2013, « Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5 », *Archives of Sexual Behavior*, 42, p.903

Un autre aspect important de la perspective pathologisante (et sa réaction aux critiques et exigences de dépathologisation et de personnalisation des soins) est la priorité qu'elle accorde en apparence à éviter les faux positifs. Comme il a été mentionné, la perspective naturalisante pose les cas de faux positifs comme un problème important, mais secondaire à celui des cas de faux négatifs du fait de l'injustice historique de l'oppression des personnes trans et variantes de genre par la société occidentale et le monde médical en particulier. Or, la perspective pathologisante met plutôt de l'avant la nécessité d'une grande prudence dans l'augmentation et l'élargissement des soins dans le contexte de l'augmentation des demandes, particulièrement chez les mineurs.

Cette préoccupation prend la forme du rappel, par les auteurs qu'on peut associer à cette perspective, du fait que la connaissance des spécialistes des soins de transition aux personnes trans repose presque entièrement sur des *opinions d'experts*, soit des opinions informées, mais basées sur un nombre insuffisant d'études pour permettre un réel consensus scientifique⁴⁶⁸. Ainsi, malgré l'affirmation par les auteurs de la perspective naturalisante selon lesquels la très grande majorité des troubles psychiatriques et psychologiques chez les personnes trans repose sur la discrimination et la stigmatisation, la perspective pathologisante défend plutôt l'idée que les études sont insuffisantes pour pouvoir trancher hors de tout doute sur la question⁴⁶⁹.

Cette prudence est particulièrement forte dans le cas des candidats enfants et adolescents, qui sont en forte augmentation. En effet, en ce qui a trait aux enfants, la

⁴⁶⁸ Byne, William et al., 2012, « Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder », *Archives of Sexual Behavior*, 41, pp.760-762 et Coleman, *op. cit.*, p.4 D'ailleurs on ne connaît pas la véritable prévalence du phénomène, voir Zucker et Lawrence, *op. cit.*, p.16

⁴⁶⁹ Bockting, *op. cit.*, p.58. Cela, tout en reconnaissant qu'un nombre d'études établissent effectivement un lien entre la stigmatisation et une dégradation de la santé mentale et également un lien entre une attitude affirmative du spécialiste et une amélioration de la santé mentale.

forte proportion de la fin de l'identité trans ou de la « confusion de genre »⁴⁷⁰ dès l'adolescence ainsi que l'absence de données fiables sur les différentes approches thérapeutiques et leurs résultats⁴⁷¹, inciterait les spécialistes à la prudence quant au fait de faciliter la transition des enfants. Pour les adolescents, les taux de persistance de l'identité trans (ou le « sérieux » de la condition) seraient beaucoup plus élevés que chez les enfants⁴⁷². Si beaucoup d'entre eux font le passage d'une identité trans lors de l'enfance à une identité trans lors de l'adolescence, un nombre important seraient des adolescents découvrant une identité trans durant l'adolescence. Ces derniers constitueraient une population difficile à gérer pour les spécialistes du fait de la présence très élevée chez eux de confusions identitaires, de troubles dysmorphiques, de psychoses, de dépressions sévères, de syndromes d'Asperger, et de conséquences psychologiques liées à des agressions sexuelles⁴⁷³. Il serait donc particulièrement important de régler les troubles cooccurrents chez les adolescents afin d'éviter les cas de faux positifs. Finalement, même chez les adultes la position de prudence serait justifiée puisque si l'expérience avait clairement montré des hauts taux de satisfaction subjective suivant la transition médicale, la démonstration n'aurait pas été faite qu'elle améliore significativement la qualité de vie des personnes trans⁴⁷⁴.

Paradoxalement, la position de prudence de la perspective pathologisante ne mène pas à une défense du modèle médical traditionnel. Au contraire, on reconnaît

⁴⁷⁰ de Vries et Cohen-Kettenis, 2009, *op. cit.*, p.101. La plupart de ces enfants deviendraient plutôt des adultes homosexuels.

⁴⁷¹ Principalement : le découragement de l'identification à l'autre sexe, l'attente neutre et l'encouragement dans l'identité trans. Byne et al., *op. cit.*, p.772

⁴⁷² Ils seraient de l'ordre de deux sur trois. de Vries et Cohen-Kettenis, 2009, *op. cit.*, p.101

⁴⁷³ *ibid.*, pp.100-101 et Byne et al., *op. cit.*, p.773

⁴⁷⁴ *ibid.*, p.781

que la population historiquement prise en charge subit une transformation par la diversification des préférences de traitement, ainsi que par l'augmentation des demandeurs, particulièrement des mineurs. Le contexte des années 2000 est en effet celui d'une très forte pression politique envers le milieu thérapeutique ainsi que d'une importance de plus en plus grande de la perspective naturalisante. Comme il a déjà été discuté, la dépathologisation des identités trans est acceptée, même parmi les auteurs pathologisants, par une reconceptualisation des objets de savoir et d'intervention⁴⁷⁵. De plus, la personnalisation des soins et leur élargissement sont aussi largement acceptés, malgré l'insistance sur l'absence de preuves concluantes pour le justifier.

En effet, de nouvelles études montrent un lien entre l'effet de l'environnement sur la santé mentale et déplacent le problème d'une population problématique à un environnement affectant la santé. Parmi ces études, on peut compter celles qui s'attaquent à la transphobie, ou bien celles s'attaquant directement à des éléments importants des soins aux personnes trans comme, par exemple, l'expérience de vie, qui est accusée d'être inutile⁴⁷⁶.

Au niveau de la pratique, de plus en plus de professionnels mettent de l'avant un nouveau modèle d'intervention trans-affirmatif basé sur le consentement éclairé et le support de l'identité trans chez la personne, et en ce qui a trait aux buts thérapeutiques, des principes tels que « first do no harm » utilisés historiquement pour justifier la sélection sévère des candidats sont maintenant utilisés pour dénoncer cette même sélection comme infligeant des souffrances inutiles aux personnes

⁴⁷⁵ Comme variance de genre pour la perspective naturalisante et comme la seule souffrance psychologique pour la perspective pathologisante.

⁴⁷⁶ Levine, Stephen B., 2009, « Real-Life Test Experience : Recommendations for Revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health », *International Journal of Transgenderism*, 11(3), p. 191

trans⁴⁷⁷. Ainsi, dans le contexte de l'expansion d'un nouveau modèle trans-affirmatif d'intervention sur les personnes trans et leurs milieux, l'absence de données probantes ne peut plus servir la position de défense du modèle traditionnel.

C'est d'autant moins le cas que le déplacement du regard thérapeutique des *demandeurs de soins* de transition à toute personne s'identifiant personnellement comme *trans ou non conforme de genre*⁴⁷⁸ force à un questionnement qui était autrefois absent : comment les théories et pratiques médicales ont-elles un impact non seulement sur la santé et le bien-être des personnes souffrantes cherchant l'aide médicale pour la transition, mais aussi sur un ensemble de personnes échappant pour l'instant largement au regard du milieu thérapeutique? On ne sait donc pas avec certitude si l'extension des soins de transition à un nombre grandissant de personnes transgenres⁴⁷⁹ est la bonne option, ou si l'affirmation de l'identité trans d'un jeune enfant plutôt que l'attente neutre est l'option donnant un meilleur résultat à long terme en terme de satisfaction subjective et de qualité de vie⁴⁸⁰. Cependant, on sait que le support de l'environnement à la personne trans et la validation de son identité participent d'une certaine amélioration de la condition psychologique⁴⁸¹. Avec la transition médicale comme seul traitement reconnu pour les personnes ayant une souffrance en lien à leur identité trans, une attitude de prudence et de sélection

⁴⁷⁷ *ibid.*, p.186 et Meyer, *op. cit.*, p.131

⁴⁷⁸ Même pour les spécialistes ayant une perspective pathologisante, les membres de cette « population » étant conçus comme pouvant à tout moment basculer dans la population cliniquement significative de la *dysphorie de genre*.

⁴⁷⁹ Dans le sens restreint du terme, soit des personnes ne s'identifiant pas comme transsexuels et ne désirant pas l'ensemble des soins triadiques.

⁴⁸⁰ Il ne s'agit pas ici d'un jugement sur ces questions thérapeutiques. Il s'agit d'un compte rendu découlant de l'analyse de la façon dont la problématique thérapeutique transparait dans les documents publiés en lien aux versions 5 du DSM et 7 des SOC.

⁴⁸¹ Que cette amélioration soit conçue comme validant l'hypothèse naturalisante de la responsabilité presque totale de l'environnement stigmatisant dans les troubles de santé mentale cooccurrents, ou qu'elle soit seulement conçue comme lien empirique entre un environnement affirmatif et une certaine protection de la santé mentale.

participerait-elle d'une protection de personnes étant des cas de faux positifs, ou bien consisterait-elle en une dégradation induite de la santé mentale des personnes trans (certaines n'étant même pas détectée par le monde thérapeutique, l'attitude médicale de *gate-keeping* les incitant à éviter les soins qui pourraient leur être bénéfiques)?

C'est maintenant de cette façon que la question se pose, et compte tenu des principes thérapeutiques, la défense du modèle traditionnel (ne reposant pas plus sur des preuves solides que le nouveau) n'apparaît pas une option viable. Ainsi, c'est l'entière responsabilité des spécialistes des soins aux personnes trans qui se rangent derrière la dépathologisation des soins et leur ouverture à une grande pluralité de candidats.

Le nouveau modèle trans-affirmatif de support de l'identité, d'autonomie dans les soins et de problématisation de l'environnement social⁴⁸² est d'autant plus efficace pour l'ensemble de la communauté des soignants qu'il est conçu pour prendre en compte toute la diversité des expériences subjectives de n'importe quelle catégorie d'être humain pouvant être associé à la variance de genre, alors même que la perspective pathologisante peine encore dans les années 2000 à rendre compte de l'existence de personnes trans ne s'identifiant pas comme *transsexuelles*. Le modèle trans-affirmatif de la perspective naturalisante apparaît ainsi comme la seule posture à même d'affronter les nouveaux défis de l'augmentation et de la diversification des personnes trans demandant des soins, et cela, dans le contexte d'une pression politique intense s'exerçant sur les disciplines thérapeutiques concernées autant de l'extérieur que de l'intérieur.

⁴⁸² Il n'est pas nécessaire que chaque auteur/clinicien adhère aux modèles théoriques et explicatifs naturalisant/trans-affirmatifs pour considérer que le modèle trans-affirmatif s'est généralisé. Il suffit de constater que ses priorités et ses objets, soient le respect de l'identité subjective et l'importance du rapport entre environnement et santé mentale, sont largement adoptés et que cette adoption rend incohérente ou caduque l'attitude de sélection sévère des candidats qui caractérisait l'ancien modèle médical.

Ainsi, la fin des années 2000 marque largement la fin du modèle médical traditionnel. Le milieu médical et thérapeutique, s'étant emparé initialement de la souffrance personnelle liée au sexe et au genre, accepte de partager son autorité sur la question en laissant le soin à ce qui peut maintenant être compris comme une *communauté trans* de s'autodéfinir. Les soins médicaux et thérapeutiques liés à la transition sont mis au service des personnes trans, sans que les spécialistes se donnent le droit de trancher entre les bons et les mauvais candidats. Une identité trans relevant de la seule subjectivité d'une personne, on la supporte ainsi sans questionnement, ou dans le pire des cas, en limitant temporairement l'accès à la transition pour pouvoir s'assurer du consentement éclairé.

La fin de ce modèle n'a cependant pas émergé par l'accumulation de preuves permettant, dans le cadre d'un consensus scientifique, d'invalider définitivement les théories et positions qui l'ont informé⁴⁸³. Elle est plutôt advenue par un déplacement du regard thérapeutique, passant du seul patient et de la non-problématisation de son environnement, à l'environnement comme élément problématique principal pour les médecins, les thérapeutes, et les personnes trans elles-mêmes⁴⁸⁴. Ce changement de perspective (comme en témoigne la persistance d'un langage et d'un regard pathologisant jusque dans les années 2000) n'aurait pas pu avoir lieu sans la création de discours alternatifs émergeant autant au sein du militantisme trans qu'au sein des institutions académiques, thérapeutiques et médicales (soit directement par des chercheurs et cliniciens trans, soit par des chercheurs se positionnant comme alliés).

Ces discours ont posé un nouvel objet, la variance de genre, en s'inspirant des

⁴⁸³ Plusieurs références ont été données jusqu'ici sur le nombre insuffisant d'études (sur de multiples aspects des soins) pour pouvoir établir un consensus scientifique ferme au-delà de l'opinion d'expert. Dans une perspective trans-affirmative, voir Coleman, *op. cit.*, pp.4-5. Voir également, Byne et al., *op. cit.*

⁴⁸⁴ Comme il a été mentionné, le discours médical traditionnel a poussé beaucoup de personnes trans se concevant comme *transsexuelles* à voir leur seul corps comme élément problématique.

toutefois progressivement comme la seule façon d'appréhender la question des identités trans.

CHAPITRE VI

LA NORMATIVITÉ CONTEMPORAINE AU SUJET DES IDENTITÉS TRANS

Dans les années 1970 et 1980, le modèle médical traditionnel s'instaure dans un nombre toujours plus grand de régions et de pays. Visant à la fois à limiter la souffrance et contrôler le phénomène, ce modèle soumet les personnes désirant « changer de sexe » à un régime médical largement uniformisé qui implique sous une forme ou une autre une sélection des candidats « appropriés » et une transformation de leurs corps visant à le faire conformer aux conceptions dominantes de ce que sont un corps de femme et un corps d'homme.

Au Québec, la modification du Code civil votée en 1977 qui structure légalement ce modèle permet le changement de la mention de sexe et du nom des personnes majeures non mariées (jusqu'à la légalisation du mariage homosexuel)⁴⁸⁶ ayant été le sujet des techniques médicales de modification du corps en fonction de l'autre sexe pour leur permettre de vivre *secrètement* comme membre de l'autre sexe. Ces mesures, adoptées de bonne foi par les législateurs québécois⁴⁸⁷, sont jugées suffisantes pour assurer la bonne santé psychique des personnes dites transsexuelles, d'autant plus qu'ayant subi des traitements pour changer leurs corps, ceux-ci sont conçus comme structurellement membres du sexe duquel ils réclament l'appartenance. Or, comme il a été vu dans les chapitres précédents, les réalités des

⁴⁸⁶ Saint-Pierre, Noël, 2016, « La population trans : oppression ou émancipation? » *Nouveaux cahiers du socialisme*, 16, p.83

⁴⁸⁷ C'est-à-dire sans obligation directe par un jugement de cour et avec une volonté affirmée de permettre aux personnes trans de vivre sans souffrance.

personnes s'identifiant à l'autre sexe peuvent ne pas correspondre aux conceptions de ce qu'elles étaient, ou devraient être, qui étaient courantes au sein du milieu médical et législatif : pauvreté, exclusion, prostitution, automédication et volonté de choisir ses caractéristiques physiques sont toutes des réalités courantes, mais ni prévues, ni désirées dans le cadre du modèle médical traditionnel.

De par les conceptions et les préoccupations qui ont habité sa formation, le cadre légal régissant le changement de sexe laissait comme *impensé* l'interaction des personnes trans avec leur environnement social : la personne trans était soit conçue comme parfaitement intégré du fait de son nouveau statut légal, soit elle n'était pas *réellement* une personne trans du fait qu'elle n'avait pas fait son changement de sexe. Ainsi, malgré un cadre légal clair, des conflits émergent entre des personnes trans et leur environnement social : conflit entre des personnes trans et des pourvoyeurs de services ou des employeurs, entre des personnes trans et certains fonctionnements institutionnels et administratifs, et même simplement entre des personnes trans et d'autres individus qu'elles ne font que croiser.

Si beaucoup de ces conflits sont vécus comme simple expérience personnelle difficile par certains, plusieurs personnes trans initient des démarches judiciaires, alors que d'autres mobilisent leurs propres expériences et celles des autres dans le cadre d'un discours militant. La conjonction de ces deux stratégies aura un grand impact sur le contexte orientant les décisions législatives, et participeront du renversement du modèle médical traditionnel au Québec par l'adoption du projet de loi 35 en 2013, qui retire l'obligation de chirurgie pour le changement de sexe, l'établissement d'un nouveau règlement relatif au changement de sexe et de nom en 2015 qui retire le rôle des cliniciens dans le processus⁴⁸⁸, et l'adoption en 2016 du projet de loi 103, qui élargit le changement de sexe aux mineurs d'au moins 14 ans et

⁴⁸⁸ Sauf en cas de nouvelles demandes par une personne ayant déjà obtenu un changement de sexe légal.

inscrit l'identité de genre et l'expression de genre comme motifs interdits de discrimination dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne.

6.1 La transformation du contexte juridique et politique

Au Québec, l'instauration du modèle traditionnel et d'une procédure explicite pour permettre aux personnes trans d'obtenir des papiers conformes au sexe auquel ils s'identifient à la fin des années 1970 est insuffisante pour permettre à un grand nombre de personnes trans de vivre sans être l'objet d'un jugement de la part des personnes qu'elles rencontrent, jugement qui peut aller jusqu'au refus de services ou d'opportunité d'emploi. Ces problèmes vécus par les personnes trans touchent ceux qui n'ont pas obtenu des papiers d'identification du sexe opposé (dont plusieurs personnes transgenres qui n'ont pas l'intention de subir d'opération chirurgicale), mais ils touchent aussi des personnes trans ayant respecté la procédure et changés légalement de sexe (et qui sont supposées être protégées par la loi).

En 1982 un jugement de la cour provinciale du Québec contre une personne étant propriétaire d'un restaurant, *Commission des droits de la personne du Québec c. Anglsberger*, pose que le refus de service à une personne transsexuelle légalement reconnue comme telle est discriminatoire⁴⁸⁹. Une personne transsexuelle ayant légalement changé de sexe s'était fait refuser le service dans ce restaurant du fait que la personne propriétaire l'associait à la communauté des travestis et transsexuels se prostituant au centre-ville de Montréal. À la suggestion de la police locale, la personne propriétaire, par ce refus, visait à limiter la flânerie et la sollicitation dans le quartier de sorte à n'être pas coupable de complicité avec la prostitution. Le juge

⁴⁸⁹ Sauvé, J., 2015, « L'interdiction de discriminer les personnes trans* dans la Charte des droits et libertés de la personne : Pour son amélioration par l'ajout de l'« identité de genre » et de l'« expression de genre » à la liste des motifs de distinction illicites. », *Enfances, Familles, Générations*, (23), p.111.

tranche que cette décision constitue une discrimination en fonction de l'état civil. Un autre jugement datant de 1998, *Commission des droits de la personne et de la jeunesse c. Maison des Jeunes...*⁴⁹⁰, portant sur des événements ayant eu lieu en 1992, pose que le renvoi d'une personne en processus de transition est discriminatoire. Dans ce cas, une personne trans s'étant fait engager en tant qu'homme dans une maison des jeunes comme travailleur de rue a vu son contrat de travail non renouvelé suite à sa révélation à son employeur qu'elle était en processus de transition. Face à l'affirmation par l'employeur que le motif de non-renouvellement était entre autres basé sur la crainte de l'effet négatif que la nouvelle du « transsexualisme » aurait sur les enfants, leurs parents et la communauté, le juge tranche qu'il s'agit d'une discrimination basée sur le motif de sexe.

Dans les situations exposées dans ces deux jugements québécois, des personnes trans se voient refuser la participation aux activités sociales de consommation et de travail du fait qu'elles sont perçues explicitement par leur milieu comme *personne trans*. Par ces jugements, une jurisprudence s'établit qui interdit d'exclure les personnes visiblement trans de la sphère publique du fait qu'elles sont trans.

Des jugements portés dans les autres provinces canadiennes vont encore plus loin et clarifient plus en détail la façon dont les individus faisant partie de l'environnement des personnes trans doivent les traiter. Ainsi dans un jugement de Colombie-Britannique de 1998 portant sur des faits datant de 1995, *Sheridan v. Sanctuary Investments Ltd.*, il est révélé qu'une personne trans MtF en processus de transition (donc non-opéré et sans reconnaissance légale de son changement de sexe) s'était fait refuser l'accès aux toilettes pour femmes d'un établissement servant de

⁴⁹⁰ *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Maison des jeunes A...*, 1998 CanLII 28 (QC TDP)

l'alcool⁴⁹¹. Aux dires du propriétaire, il s'agissait du résultat d'une politique mise en place pour répondre aux plaintes de plusieurs clientes selon lesquelles des hommes utilisaient les toilettes des femmes. Des témoins ont affirmé que le critère de sélection appliqué par les employés était la présence ou non d'organes génitaux masculins chez les personnes trans MtF. Le juge déclare qu'une telle politique constitue une discrimination en fonction des motifs de sexe et de handicap.

Un autre jugement de Colombie-Britannique de 1999 portant sur des faits datant de 1997, *Mamela v. Vancouver Lesbian Connection*, porte sur une personne trans MtF étant devenu membre d'un organisme non mixte pour les « *lesbian and queer woman* » afin, selon ses dires, de valider son identité de genre et de justifier son parcours de transition aux yeux du monde médical⁴⁹². Cette personne avait été initialement refusée comme membre de l'organisme en tant qu'elle n'était pas jugée réellement *femme*, mais son militantisme afin d'y être intégré mène l'organisme à revoir sa position et elle y a été acceptée en tant que personne trans MtF s'identifiant comme lesbienne. Cependant, la publication d'un article mentionnant l'identité de « *female lesbian* » (et non pas de « *women* ») par cette personne a entraîné la colère des gestionnaires de l'organisme⁴⁹³, qui ont jugé que ces propos *effaçaient* leur expérience en tant que lesbienne. Deux semaines après une conversation où elle est accusée d'agir comme un homme (*mannish*) la personne trans se fait demander de ne plus fréquenter l'organisme. La juge tranche que cette interdiction constitue une discrimination en fonction du motif de sexe.

⁴⁹¹ *Sheridan v. Sanctuary Investments*, 1999 BCHRT 4 (CanLII)

⁴⁹² *Mamela v. Vancouver Lesbian Connection*, 1999 BCHRT 51 (CanLII)

⁴⁹³ Le contentieux étant le fait que l'identité affirmée par la personne trans était celle d'un *être humain femelle*, empêchant ainsi toute distinction entre les personnes Trans MtF lesbiennes et les femmes lesbiennes n'étant pas trans.

Un autre jugement de Colombie-Britannique de 2002 portant sur des faits datant de 1995, *Nixon v. Vancouver Rape Relief*, concerne une personne trans s'étant vu refuser de travailler bénévolement comme *counselor* dans un organisme venant en aide aux femmes victimes de violence masculine du fait qu'elle était perçue comme un homme s'identifiant comme une femme plutôt que comme une femme comme les autres⁴⁹⁴. Les représentantes de l'organisme jugeaient que cette personne n'avait pas l'expérience pertinente découlant de la socialisation commune des femmes, et elles jugeaient également que certaines femmes seraient mal à l'aise que la relation d'aide soit procurée par une personne qu'elles percevraient comme *un homme*. Le tribunal juge que cette décision constitue une discrimination fondée sur le sexe⁴⁹⁵.

Un dernier jugement ontarien de 2006, *Forrester v. Peel (Regional Municipality) Police Services Board*⁴⁹⁶, concerne une personne trans MtF n'ayant pas eu d'opération des organes génitaux, qui a été exposée à des fouilles à nu entre 1999 et 2001 par des agents de police de sexe masculin alors qu'elle avait demandé explicitement que ces fouilles soient faites par des agents de sexe féminin. La cour juge qu'il s'agit de discrimination en fonction du sexe et pose que dorénavant la police devra laisser choisir le sexe de la personne effectuant la fouille par la personne trans, sans possibilité pour un agent de refuser.

L'ensemble de ces cas porte sur des situations où des personnes trans n'ont pas été exclues de la sphère publique du fait de leur identité trans, mais ont été jugées

⁴⁹⁴ *Vancouver Rape Relief v. British Columbia* (Human Rights Commission), 2000 BCSC 889 (CanLII) et *Nixon v. Vancouver Rape Relief Society*, 2002 BCHRT 1 (CanLII)

⁴⁹⁵ Ce jugement a par la suite été invalidé du fait de la nature particulière de l'organisme à but non lucratif, qui est jugé comme *pouvant discriminer* à l'embauche pour fournir des services à une population vulnérable. Les jugements en lien à cette affaire sont cependant cités en 2013 par la commission des droits de la personne et de la jeunesse pour illustrer l'idée que les identités trans sont protégées en fonction du motif de sexe.

⁴⁹⁶ *Forrester v. Peel (Regional Municipality) Police Services Board et al*, 2006 HRTO 13 (CanLII)

discriminées dans des situations où elles n'ont pas été traitées comme membre du sexe duquel elles se réclamaient. Ainsi, ces personnes trans MtF ont été traitées comme elles l'ont été du fait qu'elles étaient perçues par leur milieu comme étant en réalité *des hommes*. Or, la jurisprudence qui s'établit au Canada dans les années 1990 et 2000 fait peu de cas de ces perceptions. Ainsi les raisons mises de l'avant par les défendeurs (le sentiment de bien-être et de sécurité des femmes dans les toilettes, l'assaut ressenti dans leur identité par des femmes lesbiennes, les sentiments de femmes victimes de violence masculine, les sentiments d'agent de police de sexe féminin ne désirant pas inspecter des organes génitaux mâles, etc.) ne font pas le poids face aux témoignages de souffrance psychique mis de l'avant par les personnes trans portant plainte.

En effet, ces personnes font le récit de leur état émotionnel suivant les interactions et confrontations avec les personnes les ayant traité comme membre de leur sexe biologique et ces états émotionnels servent aux juges à déterminer l'ampleur et la nature du préjudice subi (par exemple, une atteinte à la dignité). Ainsi, le jugement de 2002 *Nixon v. Vancouver Rape Relief Society* met de l'avant que Kimberly Nixon :

« [...] said that she felt really hurt and humiliated. She was distraught and could not stop crying. She described that, following her removal from the training, she had a major anxiety attack where she felt that everything was out of control. She felt worthless, hopeless and helpless and that she was not a part of society; she did not fit in. She contemplated suicide. »⁴⁹⁷

Et plus, bas, citant directement Kimberly Nixon :

« [...] the fact that they viewed me as a man was amazingly hurtful, because my whole life I had dealt with feelings around, and rejecting everything about being male, because that's not how I identify and that's not who I am. And, so, it was very, I guess, damaging, the experience, to my sense of self and my identity of being female was undermined. »⁴⁹⁸

Le jugement *Forrester v. Peel (Regional Municipality) Police Services Board* mentionne que Rosalyn Forrester « [...] cooperated but felt humiliated to be seen by

⁴⁹⁷ *Nixon v. Vancouver Rape Relief Society*, 2002 BCHRT 1 (CanLII), par. 241.

⁴⁹⁸ *Nixon v. Vancouver Rape Relief Society*, 2002 BCHRT 1 (CanLII), par. 242.

male officers, and testified that she cried [...] She felt despondent and her voice broke when she testified that, “I felt like ending it.” »⁴⁹⁹

Face à ces témoignages de souffrance psychique, si authentiquement exprimée⁵⁰⁰, les conceptions du sexe et du genre des individus dont les actes ont été jugés discriminatoires font figure de pâles opinions personnelles sans commune mesure avec la réalité des torts psychologiques que ces actions ont causés. Parallèlement, les torts que pourraient subir (tel qu’affirmé par les défendeurs) certaines femmes du fait de l’entière reconnaissance de l’identité subjective des personnes trans apparaissent aux juges comme non démontrés, voire comme pure spéculation.

Ainsi, au Canada, malgré la présence d’un cadre juridique basé sur le modèle médical traditionnel, toutes les personnes trans (avec ou sans changement de sexe légal) voient leur identité subjective reconnue comme étant protégée par la loi. Un type de comportement particulier, celui de traiter une personne trans en tant que membre d’un sexe auquel elle ne s’identifie pas, devient donc progressivement discriminatoire et illégal, même dans les cas où ce traitement est conforme à la mention de sexe présente sur les papiers d’identité⁵⁰¹.

La jurisprudence qui se construit au Québec et au Canada dans les années 1990 et 2000 fait cependant plus que de déterminer comment les personnes trans doivent être traitées par leur milieu et leur entourage : elle s’attaque également au fonctionnement des procédures légales de changement de nom et de sexe, ainsi qu’au fonctionnement concret des systèmes de santé. Ainsi, dans un jugement de 2006,

⁴⁹⁹ *Forrester v. Peel (Regional Municipality) Police Services Board et al*, 2006 HRTO 13 (CanLII), par. 35 et 38

⁵⁰⁰ Tel que souvent observé par les juges.

⁵⁰¹ Ainsi dans *Mamela v. Vancouver Lesbian Connection*, 1999, le fait qu’une gestionnaire de l’organisme ait envoyé un chèque à la demanderesse sous son nom légal masculin a été retenu contre l’organisme comme manifestant une mauvaise foi et un refus de reconnaître l’identité subjective de la demanderesse.

*Hogan v. Ontario (Health and Long-Term Care)*⁵⁰², le tribunal des droits de la personne de l'Ontario déclare discriminatoire le refus de remboursement d'une chirurgie de réassignation sexuelle par une personne trans sous recommandation médicale. Priver une personne trans des soins médicaux jugés appropriés par un spécialiste constitue donc une discrimination.

Au Québec, Micheline Montreuil s'engage dès 1997 dans de multiples batailles juridiques afin de faire changer son nom légal sans changer sa mention de sexe ni subir de chirurgie⁵⁰³. Suite à un refus du directeur de l'état civil d'obtenir un nom de femme « sans être femme », Montreuil obtient un jugement affirmant que rien n'empêche un homme d'avoir un nom de femme et, en 2002, le prénom désiré est accordé.

Finalement, un jugement particulièrement important a été rendu par le tribunal ontarien des droits de la personne en 2012, dans lequel le tribunal a décrété discriminatoire la procédure ontarienne selon laquelle un changement légal de la mention de sexe était soumis à la condition d'avoir subi une chirurgie de réassignation sexuelle⁵⁰⁴. Suite à ce jugement, le gouvernement ontarien a révisé ses critères dans la même année et retiré cette obligation⁵⁰⁵. Ce jugement pose les bases de transformations législatives qui auront lieu dans les années suivantes dans la plupart des provinces ainsi qu'au palier fédéral. En posant l'obligation de chirurgie comme une décision arbitraire basée sur des *stéréotypes*⁵⁰⁶, plutôt que comme

⁵⁰² *Hogan v. Ontario (Health and Long-Term Care)*, 2006 HRTO 32 (CanLII)

⁵⁰³ Duchene, Natalie, 2009, *Les personnes trans et l'identité civile : violence et résistance* (mémoire de maîtrise), Université du Québec à Montréal, pp.63-65

⁵⁰⁴ *XY v. Ontario (Government and Consumer Services)*, 2012 HRTO 726 (CanLII)

⁵⁰⁵ Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ), 2013, *Commentaires sur le projet de loi 35*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI - 001M), Assemblée nationale du Québec, p.9

⁵⁰⁶ *XY v. Ontario (Government and Consumer Services)*, 2012 HRTO 726 (CanLII), par. 215

l'expression même des besoins des personnes trans (que cette obligation avait toujours été présumée respecter), ce jugement mobilise une conception des identités trans déjà articulées depuis les années 1990, mais qui n'a pas été mobilisée avec une efficacité politique suffisante jusque dans les années 2000 et 2010.

Au Canada et ailleurs en Occident, les cadres législatifs permettant aux *transsexuels* de changer d'identité légale seront largement remplacés par des nouveaux cadres axés sur le respect de l'identité subjective des personnes trans et l'interdiction explicite de discrimination. Ainsi, la jurisprudence canadienne des années 1990 et 2000 évolue pour spécifier l'existence des personnes trans comme minorité qu'il est interdit de discriminer, particulièrement à travers un « élargissement »⁵⁰⁷ du concept de *sexe* dans la jurisprudence et c'est cette reconnaissance, accompagnée de témoignages d'experts sur les « nouvelles » réalités des personnes trans qui serviront d'argument aux futures modifications législatives.

À l'international, les cadres juridiques visant à permettre aux transsexuels ayant effectué les transformations de leur corps d'après le modèle médical traditionnel commencent à subir de nombreuses contestations et critiques dans les années 1990. Ainsi, dès 2002 l'arrêt *Goodwin*, une décision de la Cour européenne des droits de l'homme, pose que l'exigence de chirurgie pour l'obtention d'un changement de la mention de sexe constitue une violation du droit au respect de la vie

⁵⁰⁷ Bureau, Marie-France et Jean-Sébastien Sauvé, 2011, « Changement de la mention du sexe et état civil au Québec : critique d'une approche législative archaïque », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, Vol. 41, No. 1, p.7

⁵⁰⁸ Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ), 2015, *Commentaires sur le projet de règlement*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI - 003M), Assemblée nationale du Québec, p.10

privée⁵⁰⁸. Le Royaume-Uni change alors sa réglementation pour retirer cette exigence en 2005⁵⁰⁹. En Espagne, une loi similaire est également passée en 2007⁵¹⁰.

En 2006, la Commission internationale des juristes et le Service international pour les droits de l'homme réunissent un ensemble d'experts dans le but de « clarifier les obligations qui incombent aux États sous le régime actuel de droit international »⁵¹¹ en ce qui a trait aux questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Les résultats de cette rencontre sont les *Principes de Jogjakarta* publié en 2007, des principes qui seront repris par plusieurs organismes internationaux ainsi que par des juridictions locales⁵¹². Ces principes posent que « L'orientation sexuelle et l'identité de genre définies par chacun personnellement font partie intégrante de sa personnalité et sont l'un des aspects les plus fondamentaux de l'autodétermination, de la dignité et de la liberté. »⁵¹³ En ce sens, ils posent que *l'identité de genre* est quelque chose de profondément personnel, comme toutes caractéristiques corporelles. De cela découle que toute loi imposant des restrictions à l'accès à un statut légal conforme à l'identité subjective et toute obligation de subir des modifications au corps contreviennent aux droits humains.

⁵⁰⁹ Sauvé et Bureau, *op. cit.*, p.25

⁵¹⁰ Comme le note Bureau et Sauvé, ces lois et règlements suivent toujours un paradigme pathologisant des identités trans, malgré que l'obligation de chirurgie y soit retirée.

⁵¹¹ Corrêa, Sonia *et al.*, *Les principes de Jogjakarta, 2007, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-083), Assemblée nationale du Québec*, p.7

⁵¹² CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.7

⁵¹³ Corrêa, *op. cit.*, p.12

En 2010, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe demande aux États membres de permettre le changement de sexe légal conformément à l'identité individuelle et sans obligation de traitements médicaux⁵¹⁴. Finalement, dans un rapport de 2013, le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants pose l'obligation d'avoir eu une chirurgie de réassignation sexuelle comme *stérilisation, chirurgie forcée* et comme une « atteinte grave et irrémédiable à l'intégrité physique de la personne ».⁵¹⁵ Ainsi, tout cadre juridique autre que l'autodétermination complète du sexe légal d'une personne est problématisé comme contraire aux droits humains⁵¹⁶. En 2012, l'Argentine est le premier pays à modifier sa législation en fonction de l'autodétermination. Dans sa loi, le décret médical du *transsexualisme* et des traitements accomplis ou en cours est remplacé par la concordance entre le sexe légal et l'identité de genre affirmée par la personne trans⁵¹⁷. Les années 2010 voient donc émerger un cadre légal nouveau, qui se constitue en cohérence avec le nouveau modèle trans-affirmatif dominant les disciplines thérapeutiques associées à l'univers de la variance de genre et de la dysphorie de genre.

⁵¹⁴ CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.14

⁵¹⁵ Centre for gender Advocacy, 2013, *Condition trans au Québec*, Étude détaillée du projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-064), Assemblée nationale du Québec, p.6

⁵¹⁶ Il est question ici de souligner le changement de regard amorcé dans le monde juridique sur la question. De toute évidence, cette perspective n'a pas encore été adoptée officiellement dans l'ensemble des pays occidentaux. Encore une fois, la démarche vise ici à expliquer une transformation dans la pensée sur le sujet, et non pas de dresser un portrait de l'état actuel du droit sur la question. C'est là un des défis d'analyser des transformations historiques peu de temps après qu'elles se soient amorcées.

⁵¹⁷ CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.16

6.2 La fin du modèle traditionnel au Québec

Au Québec, la problématisation du modèle traditionnel de gestion des identités trans et de son cadre légal s'effectue largement non seulement par un militantisme actif, mais aussi surtout dans le cadre des travaux de la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*. En 1994, suite aux pressions des associations gaies et lesbiennes du Québec, la Commission enquête et publie le rapport *De l'illégalité à l'égalité*⁵¹⁸, dans lequel la situation des minorités sexuelles (comprise comme incluant les personnes gais, lesbiennes et bisexuelles) en rapport à l'ensemble de la société était analysée. Dans ce document, les comportements négatifs manifestés par les individus et les institutions en interaction avec les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles (particulièrement au niveau du système de santé, celui d'éducation et de la police) sont problématisés sous les concepts *d'homophobie*, de *préjugés* et *d'ignorance*. Plusieurs pistes de solutions sont proposées dont la contestation judiciaire et l'éducation des individus et institutions (visant particulièrement la police et le système d'éducation).

Dès 2003, des associations gaies et lesbiennes réclament la mise en place d'une structure assurant la *lutte contre l'homophobie*⁵¹⁹. Le gouvernement met alors en place en 2004 le Groupe de travail mixte contre l'homophobie, qui opérera initialement sous le gouvernement et sera ensuite confié à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse qui publiera en 2007 le rapport *De l'égalité juridique à l'égalité sociale*. Dans ce rapport, contrairement à celui de 1994, la population traitée est celle des minorités sexuelles incluant les personnes trans et la définition adoptée de l'homophobie inclut également la *transphobie*.

⁵¹⁸ http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/rapport_consultation_homophobie_1994.pdf

⁵¹⁹ CDPDJ, 2007, *op. cit.*, p.3

En effet, dès les années 1990, les personnes trans prennent une place de plus en plus grande dans le monde académique, artistique, politique et associatif, de sorte que malgré la réticence de certaines personnes homosexuelles⁵²⁰ leurs organismes associatifs et politiques se transforment pour inclure officiellement les personnes trans. Dans les années 2000 et 2010, parler de minorités sexuelles implique donc de parler des membres de la *communauté LGBT*. Les personnes trans se retrouvent donc incluses dans la problématique politique québécoise de l'homophobie, qui deviendra quelques années plus tard celle de *l'homophobie et de la transphobie*.

Suite à la publication du rapport, le gouvernement du Québec confie en 2008 un mandat de lutte contre l'homophobie au Ministère de la Justice et met sur pied en 2009 la *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*. Cette structure administrative permanente permettra entre autres le financement de la recherche sur les minorités sexuelles et servira de point de contact entre le gouvernement et la communauté LGBT. Si les politiques du gouvernement québécois peuvent apparaître comme étant largement en retard par rapport aux demandes de la communauté trans⁵²¹, ces contacts permettront tout de même au gouvernement du Québec de proposer des modifications législatives basées sur des problèmes soulevés par ses représentants.

En 2013, le gouvernement du Québec présente le projet de loi 35, la *Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits*, qui vise entre autres à mettre fin à l'obligation pour les personnes trans de publier leur changement de nom et de sexe dans la *Gazette officielle du Québec*, et à permettre aux personnes trans nées au Québec, mais résidant à l'étranger, de faire

⁵²⁰ Centre for gender Advocacy, *op. cit.*, p.5 et Stryker, 2006, *op. cit.*, pp.1-9

⁵²¹ Conseil Québécois LGBT, 2013, *Recommandations - Amendement projet de loi 35*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-007M), Assemblée nationale du Québec, p.3

modifier leur acte de naissance comme les résidents du Québec. Les consultations en vue de l'adoption de ce projet de loi seront investies par une multitude d'acteurs de la communauté trans et *alliée* dans une problématisation politique de l'ensemble du cadre légal régissant les personnes trans. Cette mobilisation se continue à nouveau lors de travaux législatifs en 2015 et, dans une moindre mesure, ceux de 2016 en rapport au projet de loi 103. L'adoption de ce dernier marque la fin du cadre légal accordant aux personnes conçues comme transsexuelles une *exception* dans le « cours normal » (et binaire) des choses et marque le début d'un nouveau cadre légal basé sur la reconnaissance par l'État de la vérité subjective détenue par chaque personne sur elle-même, son *identité de genre*, et sur la protection légale des personnes trans contre un environnement social problématique devant être contrôlé.

Ce processus de transformation s'est déroulé rapidement entre 2013 et 2016 par l'exposition de différents députés de l'Assemblée nationale⁵²² à un discours expert militant⁵²³ relativement uniforme leur offrant une conception particulière de ce qui faisait problème en rapport à la question des identités trans. Face à ce discours, une seule perspective a émergé pour proposer une conception alternative du phénomène, celle d'une association féministe de la province.

⁵²² Affirmant généralement assez candidement leur ignorance de ce sujet en 2013.

⁵²³ Il s'agit ici d'une catégorie d'analyse que je propose pour appréhender la transformation du discours porté par les institutions québécoises sur les identités trans. Le fait de réunir dans une même catégorie les discours de certains spécialistes de la santé alliés et d'organisations trans et LGBTQ peut sembler arbitraire ou contre-intuitif. Cependant, dans le contexte des enjeux législatifs soulevés par les consultations, ils participent d'un effort commun pour donner aux législateurs des informations triées sur mesure afin d'obtenir les gains jugées appropriées. On n'est donc pas face ici à une superposition des discours médicaux avec les discours académiques queer/trans (qui donnent en grande partie le langage aux organisations militantes). Il s'agit d'un discours spécifique pouvant être considéré comme unitaire.

6.3 Le discours expert militant

Lors des consultations ayant eu lieu sur la question entre 2013 et 2016, ce sont largement les organisations de la communauté LGBT, les organisations des personnes trans, des thérapeutes *alliés*, des avocats *alliés*, ainsi que des organismes comme la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) qui ont contribué activement par des mémoires, documents et témoignages en commission parlementaire. Au niveau des thérapeutes, la perspective présentée aux législateurs était entièrement trans-affirmative, loin des débats et hésitations dont les traces sont présentes dans le DSM-5 et les Standards de Soins version 7. En ce qui a trait à l'expertise juridique, la jurisprudence canadienne et internationale a été mobilisée pour problématiser l'ensemble des lois et règlements régissant le changement de sexe au Québec. Au niveau des associations LGBT et trans, les associations ont mis de l'avant un savoir développé dans le monde académique et à travers leurs expériences pratiques avec la communauté trans. Souvent trans eux-mêmes, les représentants de ces organismes se sont positionnés comme *experts de la réalité trans*⁵²⁴ et détenteurs d'un savoir unique sur la question, une expertise qui a été reconnue par les députés.

Toutes ces contributions, bien que se cantonnant souvent dans le langage de leur spécialité, renvoient aux travaux effectués dans les autres domaines de sorte qu'il se dégage de ces mémoires et témoignages une conception commune de ce que sont les identités trans, de ce qui pose problème dans la société en rapport à ces identités et des solutions qui doivent être apportées pour remédier aux problèmes.

⁵²⁴ Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.3

6.3.1 La conception de ce que sont les identités trans

Les lois et règlements problématisés dès 2013 lors des consultations publiques prenaient appui sur l'attestation par le milieu clinique du suivi d'une série de traitements visant à transformer le corps d'un candidat au changement de sexe légal. Une des priorités du discours expert militant sur les questions trans est donc de présenter une conception alternative des identités trans à la conception pathologique de la *transsexualité*. Ainsi, opposé à un syndrome médical détectable par un ensemble de symptômes, la conception des identités trans qui est mise de l'avant prend la forme d'un *rapport à soi-même*. Le comité trans du Conseil québécois LGBT définit ainsi le terme « trans* » comme englobant « [...] les différentes identités et expressions de genre que peut avoir une personne, autre que celles définies par les normes sociales et médicales. »⁵²⁵

Être trans est donc présenté comme le fait de ressentir subjectivement une identité particulière, conçue comme *authentique* et *réelle*⁵²⁶, mais aussi de ressentir le besoin d'extérioriser cette identité à travers une expression de genre unique à chacun. L'identité de genre, comme aspect intrinsèque de la subjectivité et de l'identité de chacun serait quelque chose qui est à la fois *vécu* et *découvert* par la personne trans. De plus, l'expérience subjective et réelle dont il est question est présentée comme relevant du *genre*, sans rapport au sexe d'une personne. Chaque être humain,

⁵²⁵ Conseil Québécois LGBT, 2015, *Assurer l'égalité et l'inclusion des personnes trans**, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-008M), Assemblée nationale du Québec, p.1

⁵²⁶ Susset, Françoise, 2015, *Consultations particulières...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-004M), Assemblée nationale du Québec, p.3 et Assemblée nationale du Québec. (2013, 26 novembre). Audition - Mme Françoise Sussets [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-48899.html>

indépendamment de ses organes génitaux, est présumé pouvoir vivre et exprimer son « genre authentique »⁵²⁷.

Le genre, concept central, est peu défini ou développé dans le discours expert militant. Il renvoie à la catégorisation sociale de ce qui est masculin, féminin ou ni l'un ni l'autre. Ainsi, le monde social est posé comme divisé selon les catégories de genre du masculin et du féminin. La particularité des personnes trans serait qu'elles ont été *mésassignées*⁵²⁸ en terme de genre, c'est-à-dire que leur vécu à travers les catégories genrées leur révélerait au cours de leur vie que leur *genre véritable* n'est pas celui qu'on leur a donné à la naissance. Le concept de genre prend ainsi deux significations. Il est à la fois *ce qui est vécu et reconnu* par une personne trans comme appropriée ou non pour elle même (donc comme une réalité qu'aucune volonté ne peut changer), mais il est aussi conçu comme un ensemble de *normes et de stéréotypes* rigides imposés par la société⁵²⁹. Ainsi le vécu d'une personne trans à travers un monde genré peut lui révéler qu'elle est en réalité *de l'autre genre*, mais ce vécu peut aussi lui révéler que son *genre véritable* ne correspond à aucun des « stéréotypes » existants. Son identité de genre peut ainsi prendre une forme unique,

⁵²⁷ Assemblée nationale du Québec, 2013, *op. cit.*

⁵²⁸ Trottier-Gascon, Caroline, 2015, Pour la pleine reconnaissance des identités trans, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-006M), Assemblée nationale du Québec, p.18

⁵²⁹ Par exemple, voir la définition de « trans* » dans Conseil Québécois LGBT, 2015, *op. cit.*, p.1

propre à ce que son vécu lui révèle sur elle-même, telle une identité fluide, muable, diverse⁵³⁰, ou bien encore *non-binaire*⁵³¹.

Dans ce contexte le sexe biologique servant de repère aux lois et à la compréhension populaire de ce que sont le sexe et le genre fait figure d'obstacle. Le Centre contre l'oppression des genres dénonce ainsi qu'une « [...] assignation de sexe obligatoire faite à la naissance basée sur une compréhension plutôt faible que les parties génitales sont ce qui détermine l'identité de genre vécue durant toute la vie d'un individu »⁵³², alors que ce serait la masculinité et la féminité vécue subjectivement qui aurait un impact réel sur ce que deviendrait une personne.

Une preuve particulièrement importante de la caducité du sexe pour déterminer ce qu'est une femme ou un homme serait le fait qu'une identité trans se révélerait très tôt dans la vie des personnes trans, tel qu'exprimé dans différents témoignages⁵³³. Ainsi, le sexe biologique ne signifierait rien dans la catégorisation comme homme, femme ou autre d'une personne trans puisqu'elle n'aurait jamais fait

⁵³⁰ Action santé travesti(e)s et transsexuel(le)s du Québec (ASTTEQ), 2015, *Résumé des recommandations*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-011M), Assemblée nationale du Québec, p.3

⁵³¹ Ni homme ni femme. Voir, Igartua, Karine et Richard Montoro, 2015, *Mémoire sur les enjeux de santé mentale pour la population transgenre*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-016M), Assemblée nationale du Québec p.4

⁵³² Centre for gender Advocacy, 2015, *De l'importance du travail bien fait*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-005M), Assemblée nationale du Québec, p.2

⁵³³ Assemblée nationale du Québec. (2013, 22 mai). Audition - Aide aux transsexuels transsexuelles du Québec (ATQ) [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-46083.html> et Assemblée nationale du Québec. (2013, 23 mai). Audition - Mme Françoise Susset, cofondatrice de l'Institut pour la santé des minorités sexuelles (ISMS) [Vidéo en ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-46123.html>

l'expérience du genre associé à ce sexe⁵³⁴. L'identité de genre serait même un critère particulièrement fiable du classement social d'une personne trans, puisque son existence malgré une vie passée dans une société qui la rend *difficile* montrerait sa force et sa permanence⁵³⁵. Puisque le genre d'une personne est une question d'identité, donc de vécu subjectif légitime et réel, et que cette identité fait partie de la personne, les législateurs sont informés que le respect de l'identité de genre d'une personne trans est la seule attitude possible et acceptable.

Une position similaire est adoptée en ce qui a trait au corps et à l'expression de genre. Dans le contexte des expériences des personnes trans, l'expression de genre est en effet expliquée comme un parcours personnel par lequel une personne trans exprime au monde extérieur son genre véritable. Cependant, il s'agirait là de caractéristiques extérieures sous le contrôle de sa volonté et de sa liberté. Une personne trans est ainsi considérée comme pouvant manifester des caractéristiques genrées en fonction de ce qui la rend à l'aise ou bien en fonction du contexte (comme dans les cas où elle chercherait à cacher son identité de genre à des inconnus ou des proches). Les caractéristiques corporelles permanentes comme les organes génitaux sont considérées selon la même logique : la présence ou non d'organes génitaux masculins ou féminins ne concerne que la personne dont c'est le corps. Dans cette optique, l'obligation de chirurgie est présentée comme contraire à la fois à la liberté et au bon sens.

⁵³⁴ On notera qu'il n'est nullement fait mention de la fluidité des identifications de genre, fait amplement détaillé dans la littérature scientifique. Il s'agit, avec l'occultation des faibles taux de persistance à l'adolescence des identifications trans chez les enfants, d'exemples explicites de sélection volontaire (en présumant de la compétence des spécialistes parlant en leur nom, ou bien au nom d'une organisation) des informations transmises aux membres du corps législatif québécois.

⁵³⁵ Assemblée nationale du Québec. (2013, 26 novembre). Audition - Enfants transgenres Canada [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-48901.html>

Cette conception de ce que sont les identités trans reçoit également une légitimité scientifique par la contribution de différents cliniciens (médecins, psychologues et psychiatres). Ceux-ci présentent en effet aux législateurs les identités trans comme étant principalement⁵³⁶ d'origine biologique. Ainsi selon le pédiatre Shuvo Ghosh, l'identité de genre est une *entité biologique* et elle « [...] est un aspect de soi-même qui se développe avec le temps, depuis la naissance, même avant la naissance, dans le monde intra-utérin. »⁵³⁷ Pour la psychiatre Karine Igartua, une hypothèse biologique est à favoriser, l'identité trans étant une situation où « le cerveau et le corps sont de sexes différents »⁵³⁸. Faisant écho aux témoignages de personnes trans, ces cliniciens affirment que la plupart des personnes trans se savaient trans dès l'enfance⁵³⁹. De plus, ils affirment que la grande majorité des enfants ayant une identification trans le resteront⁵⁴⁰ : tout adulte trans a donc été un enfant trans et tout enfant trans sera un adulte trans. L'identité de genre est ainsi présentée aux législateurs comme un critère particulièrement *stable*, au moins aussi fiable que le sexe biologique, qui du fait de sa complexité, pourrait même être trompeur dans beaucoup de cas⁵⁴¹.

⁵³⁶ Bien que certains d'entre eux semblent ouverts à une contribution de facteurs sociaux dans le développement d'une identité trans.

⁵³⁷ Ghosh, Shuvo, 2016, *Mémoire*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 103, Loi visant à renforcer la lutte contre la transphobie et à améliorer notamment la situation des mineurs transgenres (CRC-008M), Assemblée nationale du Québec, p.3

⁵³⁸ Igartua, Karine, 2013, *Mémoire sur les enjeux de santé mentale pour la population transgenre*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-009M), Assemblée nationale du Québec, p.4

⁵³⁹ Ghosh, *op. cit.*, pp.2-3; Igartua, 2013, *op. cit.*, p.4

⁵⁴⁰ Assemblée nationale du Québec. (2013, 26 novembre). Audition - Mme Françoise Sussets [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-48899.html> et Ghosh, Shuvo, *op. cit.*, p.2

⁵⁴¹ Igartua, 2013, *op. cit.*, p.4

Les cliniciens appuient également la conception selon laquelle l'identité de genre est une question entièrement subjective qui échappe à toute possibilité d'objectivation extérieure. Ainsi, bien que l'identité de genre soit une *entité biologique*, donc réelle et objective, elle est également expliquée comme « [...] une croyance, une conviction fondamentale d'être homme ou d'être femme et, dans certains cas, d'être les deux ou ni l'un ni l'autre »⁵⁴² ou bien comme une « décision mûrement réfléchie »⁵⁴³ ou comme une « démarche de nature personnelle »⁵⁴⁴. De plus, les législateurs sont informés qu'il est absolument impossible pour un clinicien d'évaluer objectivement l'identité de genre d'une personne⁵⁴⁵. En ce sens, la subjectivité d'une personne et les déclarations que celles-ci fait sont les seuls guides pour permettre de savoir si celle-ci est trans ou non. Ainsi, non seulement différents organismes professionnels classent-ils les identités trans comme ne relevant pas de la pathologie⁵⁴⁶, mais la possibilité même de soumettre le processus de transition à l'autorité d'un médecin ou d'un thérapeute est présentée comme déconnectée de la réalité clinique.

De tout cela, il découle que le discours expert militant sur les identités trans pose que la différenciation sexuée des êtres humains est une question de *genre* et non de sexe. Les corps d'hommes et corps de femmes sont ainsi évacués au profit d'un continuum infini d'*identités de genre* et des *expressions de genre* leur correspondant. Être trans n'est donc plus faire partie de ceux, affectés d'un processus pathologique

⁵⁴² *ibid.*, p.4

⁵⁴³ Igartua et Montoro, *op. cit.*, p.3

⁵⁴⁴ Collège des médecins du Québec, 2015, *Commentaires sur le Règlement...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-014M), Assemblée nationale du Québec, p.2

⁵⁴⁵ Ghosh, *op. cit.*, p.3, Igartua et Montoro, *op. cit.*, p.2 et Susset, *op. cit.*, p.4

⁵⁴⁶ Collège des médecins du Québec, *op. cit.*, p.2

d'origine inconnue, qui veulent être de l'autre sexe. C'est plutôt avoir vécu un processus de révélation subjective de son *destin biologique* en terme de genre, que ce destin se soit révélé par des préférences genrés chez un enfant⁵⁴⁷ ou par un long combat intérieur chez une personne plus âgée.

En ce sens, les personnes trans ne sont plus distinguées du reste de la population. Toute personne possède une identité de genre, un destin largement biologique, et toute personne met de l'avant une expression de soi qui soit genrée. L'identité de genre passe d'un concept dont la pertinence n'apparaissait que pour expliquer certaines pathologies et situations problématiques (personnes trans, personnes intersexes, etc.) à une caractéristique générale présente chez toute personne⁵⁴⁸. Les personnes trans apparaissent non pas comme une figure d'exception, mais comme des personnes comme les autres, ayant droit à la reconnaissance, à la dignité et à la vie privée. L'identité de genre, l'expression de genre, et la configuration des organes génitaux d'une personne prennent donc place parmi d'autres caractéristiques personnelles plus anodines comme la couleur de peau, la couleur des yeux ou le fait d'être ou non gaucher.

Finalement, un dernier élément essentiel de la conception des identités trans présentée dans le discours expert militant sur la question est l'existence d'une grande communauté de personnes trans. Cette communauté est à la fois considérée comme largement insondable, puisqu'elle serait largement composée de personnes trans ne cherchant pas l'aide médicale ou des « [...] populations stealth, soient celles qui ne

⁵⁴⁷ On affirme parfois que l'expression d'intérêt des activités de l'autre sexe/genre chez un enfant n'est pas nécessairement liée à une identité trans. Toutefois, le cas d'un enfant jouant toujours avec des enfants de l'autre sexe (à des activités genrées) est souvent présenté comme cas de figure d'une identité trans durant l'enfance.

⁵⁴⁸ Il va de soi que l'identité de genre est conçue comme un élément important du processus de différenciation sexuelle au moins depuis les travaux de John Money et de Robert Stoller, cependant une conception de l'identité de genre comme pouvant adopter, au hasard de la biologie, n'importe quelle configuration sans être considéré comme pathologique ou distincte de la normalité est relativement récente.

sont pas vues ou perçues comme trans et qui ne s'identifient pas comme tel [...] »⁵⁴⁹, mais intelligible dans ses besoins par une littérature scientifique et sa représentation par des organismes militants. De plus, cette communauté est présentée comme significative en terme de taille et non pas comme une exception qu'il conviendrait d'accommoder, comme ce fut le cas en 1977. Par exemple, l'association Enfants Transgenre Canada mentionne qu'un enfant sur 500 serait trans⁵⁵⁰.

6.3.2 La conception de ce qui pose problème

Comme il a déjà été mentionné, l'établissement d'un modèle médical traditionnel de gestion des identités trans s'est accompagné d'une multiplication des conflits entre des personnes trans (souvent légalement reconnu comme tel, mais pas toujours) et le reste de la société. Ces conflits ont émergé entre des personnes trans et les lois et règlements, entre des personnes trans et le monde médical, et entre des personnes et leur environnement social. En 2013, dans le contexte d'une jurisprudence canadienne et internationale de plus en plus incompatible avec le modèle traditionnel, le discours expert militant dresse un portrait de ce qui pose problème dans l'état des choses.

Le premier élément problématique est l'obligation de chirurgie dans le processus de changement de la mention de sexe. Comme il a été mentionné, la configuration des organes génitaux est conçue comme devant participer d'un parcours individuel de l'expression du genre véritable d'une personne. On informe donc les législateurs qu'un grand nombre de personnes trans ne souhaitent pas de chirurgie,

⁵⁴⁹ Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.10

⁵⁵⁰ Enfants Transgenres Canada, 2015, *Mémoire...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-009M), Assemblée nationale du Québec, p.3

mais que certaines s'y soumettent à contrecœur pour obtenir un changement de sexe légal⁵⁵¹. L'obligation de la chirurgie est également posée comme une *stérilisation* et comme un critère arbitraire⁵⁵². La personne trans, seule détentrice du savoir sur son genre véritable est ainsi conçue comme étant forcée de procéder à la transformation d'une de ses caractéristiques physiques sans aucune justification médicale. Finalement, des interprétations juridiques et des jugements internationaux sont mobilisés pour montrer que cette obligation constitue une violation de différents droits fondamentaux : droit à l'intégrité physique, droit à l'autodétermination, droit à la vie privée, droit à l'égalité, droit à la libre expression, etc⁵⁵³.

Un deuxième élément problématique est l'accès aux soins et techniques de transition et le rôle occupé par les cliniciens dans le processus légal de transition. Dans les lois et règlements ayant cours jusqu'en 2015, les cliniciens jouent en effet un rôle de supervision ou de caution de la réalité d'une identité trans. Sans l'appui d'un spécialiste, la transition légale est difficile ou impossible. Face à ce rôle médical, les législateurs sont informés de la difficulté d'accéder aux services des différents

⁵⁵¹ Assemblée nationale du Québec. (2013, 22 mai). Audition - Aide aux transsexuels transsexuelles du Québec (ATQ) [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-46083.html> et Assemblée nationale du Québec. (2013, 23 mai). Audition - Comité Trans du Conseil québécois LGBT [Vidéo en ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-46121.html>

⁵⁵² Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.6 et CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.19

⁵⁵³ Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles (CPATH), 2013, *Mémoire*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-008M), Assemblée nationale du Québec, p.4 et Aide aux personnes transsexuel et transsexuelles du Québec (ATQ), 2013, *Mémoire...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-011M), Assemblée nationale du Québec, p.1,2

spécialistes⁵⁵⁴, les personnes trans hors Montréal étant particulièrement mal desservies. De plus, certains services thérapeutiques comme la psychothérapie seraient particulièrement onéreux et donc inaccessibles à un grand nombre de personnes trans⁵⁵⁵. L'obligation d'être en contact avec le monde médical serait aussi problématique du fait que celui-ci serait largement en retard sur la véritable science concernant les personnes trans. On dénonce ainsi les médecins et thérapeutes *ignorants* que rencontrent les personnes trans, ainsi que l'enseignement donné aux cliniciens qui « [...] positionnent encore les identités trans comme des pathologies et maladies mentales »⁵⁵⁶, alors même que les grandes associations comme la WPATH et la CPATH ont adopté une perspective trans-affirmative.

Un troisième élément important problématisé est l'âge minimum pour effectuer une transition légale. Comme il a déjà été mentionné, le discours expert militant pose les identités trans comme la révélation subjective de son genre véritable dans le cadre d'un destin qui soit *a)* clairement biologique pour les cliniciens *b)* intrinsèque à la personne pour les militants⁵⁵⁷. En ce sens, une identité trans est posée comme se révélant très tôt, souvent dès 2, 3 ou 4 ans⁵⁵⁸, et généralement avant la fin

⁵⁵⁴ Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.9, Coalition des familles LGBT, 2015, *Mémoire*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-001M), Assemblée nationale du Québec, p.2, CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.22 et Centre for gender Advocacy, 2015, *op. cit.*, p.12

⁵⁵⁵ Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.9 et Susset, 2015, *op. cit.*, p.5

⁵⁵⁶ Centre for gender Advocacy, 2015, *op. cit.*, p.16

⁵⁵⁷ Les organismes militants trans et LGBT sous-entendent généralement une origine biologique aux identités trans, par exemple lors de la mobilisation de la position officielle de la WPATH concernant leur nature de diversité non-pathologique ou bien en mobilisant des témoignages selon lesquels une personne trans a *toujours su* qu'elle était trans. Cependant, ils mettent généralement l'accent sur l'aspect *profondément subjectif* du phénomène dans le but de court-circuiter la possibilité même d'objectivation extérieure, ce que font moins les cliniciens qui affirment clairement une origine biologique.

⁵⁵⁸ Enfants Transgenres Canada, 2015, *op. cit.*, p.3, Igartua et Montoro, 2015, *op. cit.*, p.9 et ATQ, 2013, *op. cit.*, p.3

de l'adolescence où elle devient complètement stable⁵⁵⁹. On explique donc aux législateurs que la transition médicale et sociale des mineurs est très fréquente⁵⁶⁰ est qu'elle constitue à la fois un élément essentiel du modèle thérapeutique contemporain au sujet des personnes trans et à la fois une réalité dont ils doivent prendre acte. Limiter la transition légale aux adultes est donc au mieux une incohérence avec la réalité et au pire un obstacle arbitraire à la vie des personnes trans.

Un autre élément, particulièrement important, est posé comme problématique : l'environnement social traversé par les personnes trans. Celui-ci est posé comme étant une source constante de souffrance psychique, de limitation à la participation des personnes trans à la société, et comme un obstacle à leur bien-être général. En effet, les personnes trans vivraient beaucoup de détresse psychologique et le traitement dont elles seraient victimes par leur entourage serait l'unique cause de cette détresse⁵⁶¹. Cette souffrance se manifesterait entre autres par des troubles dépressifs, un état d'anxiété et une faible estime de soi. Un autre impact sur la santé du traitement par l'environnement serait que les personnes trans auraient tendance à éviter les contacts avec le système de santé pour éviter des situations de gêne ou d'humiliation⁵⁶², mettant ainsi leur santé en danger.

Afin d'appuyer l'idée que les personnes trans sont mises en danger par leur environnement social, différentes études réalisées par sondage chez un grand nombre de personnes trans sont mobilisées, principalement celles basées sur le projet ontarien *Trans Pulse*, afin de quantifier le phénomène. Les législateurs sont ainsi informés que plus de la moitié des personnes trans affirment avoir subi une forme ou une autre de

⁵⁵⁹ Ghosh, *op. cit.*, p.2

⁵⁶⁰ *ibid.* et Igartua et Montoro, 2015, *op. cit.*, p.4 et p.10

⁵⁶¹ Voir, par exemple, Enfants Transgenres Canada, 2013, *Mémoire pour soutenir le projet de loi 35*, Étude détaillée du projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-001M), Assemblée nationale du Québec, pp.2-3

⁵⁶² ATQ, 2013, *op. cit.*, p.3 et Enfants Transgenres Canada, 2015, *op. cit.*, p.4

rejet de la part de leur famille ou de la discrimination au travail, et que plus de 60% d'entre eux auraient subi des violences physiques ou sexuelles⁵⁶³. Des statistiques particulièrement importantes pour quantifier la souffrance psychique sont mobilisées : celles concernant le suicide. Ainsi, 77% des personnes trans auraient pensé au suicide et 43% auraient fait au moins une tentative de suicide. Le suicide est également directement associé au traitement des personnes trans par leur environnement. On cite ainsi une étude québécoise de 2011 affirmant que les jeunes trans « [...] ayant vécu des expériences transphobes, de la violence physique ou sexuelle étaient sept fois plus à risque de se suicider. »⁵⁶⁴

Un autre effet important de l'environnement sur le bien-être des personnes trans serait la réaction négative de leur entourage qui mènerait à une marginalisation systématique des personnes trans. En effet, les réactions négatives des parents, amis, collègues et patrons priveraient les personnes trans autant de leur soutien social que de leur soutien financier⁵⁶⁵. La conséquence serait de les plonger dans la précarité matérielle et la pauvreté. Ainsi, la perte du support social et des relations personnelles des personnes trans serait même un danger pour leur sécurité physique, particulièrement lorsqu'elles perdent leur logement et se retrouvent à la rue⁵⁶⁶.

L'ensemble de ces atteintes à la santé et au bien-être des personnes trans se voient regroupées dans un concept, celui de *transphobie*, qui est pour le Conseil Québécois LGBT « Toutes les attitudes négatives pouvant mener au rejet et à la discrimination, directe, indirecte, envers des personnes trans*, ou à l'égard de toute

⁵⁶³ Susset, 2015, *op. cit.*, pp.2-3

⁵⁶⁴ Conseil Québécois LGBT, 2015, *op. cit.*, p.8

⁵⁶⁵ Centre for gender Advocacy, 2015, *op. cit.*, p.17, ASTTEQ, 2015, *op. cit.*, p.2; Susset, 2015, *op. cit.*, p.3 et McLauchlin, Matthew, 2015, *Mémoire...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-012M), Assemblée nationale du Québec.

⁵⁶⁶ Trottier-Gascon, *op. cit.*, p.8

personne qui transgresse le genre, le sexe ou les normes et représentations relatives au genre et au sexe. »⁵⁶⁷

Différentes situations sociales sont posées comme exposant les personnes trans à la transphobie. Ainsi, les lieux ségrégués selon le sexe comme les toilettes ou les vestiaires seraient problématiques, particulièrement lorsqu'une personne trans ne serait pas autorisée à aller dans le lieu qu'elle juge le plus approprié pour elle⁵⁶⁸. Les services gouvernementaux, particulièrement la santé, seraient aussi un lieu problématique, certaines personnes trans s'étant fait refuser des soins du fait de leur identité, et certaines d'entre-elles évitant l'accès au soin par peur de se voir révéler être trans dans une salle d'attente⁵⁶⁹. Le milieu de travail est aussi présenté comme un lieu important dans la transphobie, plusieurs personnes trans s'étant vu refuser des emplois ou des promotions⁵⁷⁰. De plus, le refus par certains collègues de travail de reconnaître l'identité d'une personne trans est présenté comme pouvant mener à un isolement social et à un traitement qui ne soit pas conforme à la conception d'elle-même qu'elle pourrait avoir⁵⁷¹. Finalement, la famille, les amis et les conjoints des personnes trans sont posés comme ayant régulièrement des comportements problématiques du fait de la non-reconnaissance des identités trans. Les conjoint(e)s qui quittent une personne trans, les parents qui limitent ou refusent le contact et les amis délaissant une relation sont mis de l'avant comme isolant les personnes trans de

⁵⁶⁷ Conseil Québécois LGBT, 2015, *op. cit.*, p.1

⁵⁶⁸ Enfants Transgenres Canada, 2013, *op. cit.*, p.3, CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.21 et Enfants Transgenres Canada, 2015, *op. cit.*, p.4

⁵⁶⁹ Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.9; Trottier-Gascon, *op. cit.*, p.13 et Enfants Transgenres Canada, 2015, *op. cit.*, p.4

⁵⁷⁰ CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.21 et Susset, 2015, *op. cit.*, p.2

⁵⁷¹ Susset, 2015, *op. cit.*, p.3 et Conseil Québécois LGBT, 2015, *op. cit.*, p.4

leur réseau de soutien matériel, social et psychologique, contribuant ainsi à la dégradation de leur santé et de leur bien-être⁵⁷².

L'ensemble des problèmes que l'environnement des personnes trans leur imposerait est posé comme étant souvent causé ou renforcé par les restrictions aux changements légaux de sexe et de nom. En effet, la mention de sexe est posée comme un élément sur lequel les pratiques sociales sont articulées⁵⁷³. La restriction au changement de sexe légal⁵⁷⁴ est donc conçue comme entraînant un traitement social de la personne trans en fonction d'une information *fausse*, mais aussi comme une cause de la révélation du statut trans d'une personne.

En ce qui a trait au traitement social, plusieurs exemples sont cités dans lesquels une personne trans, du fait qu'elle ne possède pas les papiers d'identité du genre qu'elle exprime, se fait traiter en fonction de son sexe biologique. On dénonce ainsi que des enfants ne puissent pas utiliser la toilette de leur choix ou bien que leur inscription à une école non mixte ou une équipe sportive leur soit refusée du fait qu'ils ne soient pas légalement reconnus comme le sexe auquel ils s'identifient⁵⁷⁵. On dénonce aussi le fait que des employeurs, des administrations ou des pourvoyeurs de services refusent de traiter une personne trans selon le sexe auquel elle s'identifie puisqu'ils estiment n'être pas légalement obligés jusqu'à un changement de la mention de sexe⁵⁷⁶.

En ce qui a trait à la révélation du statut, les obstacles à l'obtention de la mention de sexe voulu sont conçus comme révélant à des individus qui l'ignoreraient

⁵⁷² Susset, 2015, *op. cit.*, p.3, Centre for gender Advocacy, 2015, *op. cit.*, p.3 et p.17; Trottier-Gascon, *op. cit.*, p.15 et Conseil Québécois LGBT, 2015, *op. cit.*, p.4

⁵⁷³ Centre for gender Advocacy, 2015, *op. cit.*, p.3 et Trottier-Gascon, *op. cit.*, p.4

⁵⁷⁴ C'est-à-dire toute loi ou règlement régissant le changement de la mention de sexe et ne fonctionnant pas selon le principe de l'autodétermination.

⁵⁷⁵ Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.11 et Enfants Transgenres Canada, 2015, *op. cit.*, p.4

⁵⁷⁶ CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.21 et Susset, 2015, *op. cit.*, p.3

le fait qu'une personne est trans. Ainsi plusieurs personnes trans vivraient sans la connaissance de leur milieu en tant que membre du sexe opposé, mais le fait d'avoir à fournir une pièce d'identité dans des circonstances comme l'accès aux services publics ou bien un examen dans un établissement d'éducation les exposerait au fait que différents individus (surveillants, autres patients dans une clinique, etc.) connaissent leur sexe biologique et donc leur statut de personne trans⁵⁷⁷. Cette révélation est considérée comme une violation de la vie privée et de la dignité⁵⁷⁸. En effet, puisqu'en terme de division des sexes, une personne trans *est son genre véritable subjectivement vécu*⁵⁷⁹ plutôt que son sexe biologique, ce dernier ainsi que la configuration des organes sexuels sont conçus comme des caractéristiques relevant de la *sphère privée* et devant n'être connus par l'entourage que si la personne trans le juge approprié.

De plus, cette révélation est expliquée aux législateurs comme une mise en danger et une atteinte à la sécurité de personnes trans⁵⁸⁰. C'est le cas puisqu'on dresse un portrait de la situation sociale des personnes trans lorsque leur statut est révélé comme une exposition constante au harcèlement, à la discrimination et à la violence⁵⁸¹. Ce portrait, celui de la *transphobie*, pose l'ensemble des actes posés à l'encontre de la subjectivité des personnes trans, le refus de les traiter selon le genre qu'ils préfèrent, les attitudes négatives du fait de la connaissance du statut, les

⁵⁷⁷ Centre for gender Advocacy, 2013, *op. cit.*, p.9, CDPDJ, 2015, *op. cit.*, p.21; Trottier-Gascon, *op. cit.*, p.13; Enfants Transgenres Canada, 2015, *op. cit.*, p.5

⁵⁷⁸ Sauvé, Jean-Sébastien, 2015, *Avis sur le projet de règlement...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-002M), Assemblée nationale du Québec, p.5

⁵⁷⁹ Compris et exprimé dans le concept d'identité de genre.

⁵⁸⁰ Sauvé, Jean-Sébastien, 2015, *op. cit.*, pp.4-5, Trottier-Gascon, *op. cit.*, p.13; Coalition des familles LGBT, 2015, *op. cit.*, p.1

⁵⁸¹ Incluant la violence, psychologique, physique et sexuelle.

insultes verbales, les refus de services, les agressions sexuelles et les agressions physiques comme participant tous, comme une même unité, à la dégradation non seulement du bien-être, mais aussi de la santé physique des personnes trans. Un traitement non conforme à leur subjectivité, à travers l'impact possible sur le taux de suicide, est ainsi conçu comme relevant du même phénomène empirique que les agressions physiques⁵⁸². Les législateurs sont ainsi informés qu'il existe un double problème : celui de personnes subissant indûment des restrictions à leur participation fonctionnelle à la société, mais surtout celui d'une communauté discriminée et marginalisée à la fois par le cadre législatif en vigueur et à la fois par l'environnement social.

6.3.3 Les solutions proposées

Puisque les personnes trans *sont en réalité le genre qu'elles ressentent être*, les problèmes liés à leur interaction avec l'environnement doivent simplement être réglés par la reconnaissance par le cadre législatif et par l'environnement social de cette réalité.

En ce qui a trait au cadre législatif, on exige du gouvernement que le changement de la mention de sexe et le changement de nom soient articulés au principe *d'autodétermination* par la personne trans. Cela implique que les procédures ne donnent aucun rôle aux cliniciens et que la parole des personnes trans soit le seul

⁵⁸² Il n'est pas question ici de nier la violence physique, psychologique, et la marginalisation structurelle pouvant découler des attitudes négatives de l'environnement social des personnes trans. La construction d'une figure unitaire de la violence et de la transphobie est un élément central et incontournable du discours expert militant présenté aux législateurs entre 2013 et 2016. Le fait que les manifestations de représentations/conceptions non affirmatives de l'entourage soient subsumées sous un même concept que les actes de violence physique est un élément nécessaire pour comprendre comment notre conception des identités trans a évolué à travers le temps. Pour un exemple où cette conception unitaire de la violence est explicite, voir Trottier-Gascon, *op. cit.*, p.13, où on affirme, par exemple, que « [...] consulter un professionnel [de la santé] peut être dangereux lorsque la mention de sexe n'est pas changée. »

critère menant au changement de la mention de sexe. On reconnaît deux obstacles sérieux à l'autodétermination. D'abord, le principe de *stabilité de la personnalité juridique*, qui est important dans le droit québécois⁵⁸³. Or, puisqu'il le genre véritable d'une personne (son identité de genre) est posé comme un processus objectif intrinsèque à la personne, il est conçu comme tout aussi stable que le sexe biologique. De plus puisqu'au Québec « [...] l'égalité en droit est réalisée dans la plupart des domaines [...] »⁵⁸⁴, la mention de sexe ne devrait donc pas être considérée comme particulièrement importante, n'ayant aucune conséquence légale sur les droits d'une personne. Un autre obstacle se trouve dans la possibilité de conflits entre la reconnaissance de la subjectivité des personnes trans et les droits des autres citoyens. Or, puisque la reconnaissance de l'identité subjective est une question de *jurisprudence* établie et de *réalité empirique*, ces conflits potentiels auraient peu d'importance.

Au niveau de la reconnaissance du genre véritable d'une personne trans par l'environnement social, deux stratégies sont mises de l'avant par les différents organismes militants. La première consiste en l'exigence lors des procédures entre 2013 et 2016, d'une inclusion de l'*identité de genre* et de l'*expression de genre* comme motifs interdits de discrimination dans la Charte des droits de la personne du Québec. Par un tel changement législatif, le non-respect d'une identité subjective en terme de genre devient explicitement une discrimination⁵⁸⁵. Un tel changement consiste autant en une direction claire donnée aux juges dans la résolution des litiges

⁵⁸³ Directeur de l'État civil, 2015, *Allocution de Me Reno Bernier directeur de l'état civil*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-016M), Assemblée nationale du Québec, pp.2-3

⁵⁸⁴ Bureau et Sauvé, 2011, *op. cit.*, p.39

⁵⁸⁵ Comme il a été vu, la jurisprudence canadienne penchait déjà largement sur la protection des identités trans en fonction du motif de *sexe*.

qui leur sont présentés, que pour l'ensemble de la population qui est alors informée clairement de la nature illégale de la non-reconnaissance d'une identité trans.

L'autre stratégie est présentée aux législateurs, mais elle ne consiste pas en des propositions législatives. Elle consiste en des activités effectuées au quotidien par les organismes militants. Il s'agit doublement d'une entreprise *d'éducation* des différents milieux et institutions que traversent et fréquentent les personnes trans (entreprises, écoles, administrations, etc.) sur les réalités trans, ainsi qu'une entreprise collaborative de *modification et de transformation des règlements internes* de ces institutions et organismes, dans un processus de résolution par ces organismes et institutions des différents conflits ayant émergé. Dans les documents produits dans le cadre de cette stratégie,⁵⁸⁶ la conception des identités trans et des problèmes d'interaction avec le milieu qui a été détaillée jusqu'ici est résumée et les enjeux spécifiques au milieu visé sont détaillés.

Dans un document de l'ASTTEQ adressé aux intervenants du secteur de la santé⁵⁸⁷, ceux-ci sont invités à adopter une approche de réduction des méfaits, et sont informés de la perspective thérapeutique trans-affirmative de consentement éclairé ainsi que des différents protocoles liés aux techniques médicales de transition. Ils sont également informés du cadre légal et des problèmes liés à l'accès aux soins dans le contexte d'une identité non légalement reconnue, et ils sont invités à jouer un rôle actif dans la reconnaissance de l'identité subjective d'un client trans, par exemple en faisant un travail d'éducation des autres professionnels et en collaborant avec eux pour que les soins se fassent en respect du nom choisi par la personne. L'ensemble

⁵⁸⁶ Il s'agit soit de document provenant des organismes militants trans adressés à un type de milieu particulier, ou bien de document internes à certaines organisations qui ont été construits en collaboration avec des experts externes *alliés*.

⁵⁸⁷ Action santé travesti(e)s et transsexuel(le)s du Québec (ASTTEQ), 2015, *Je m'engage*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-047M), Assemblée nationale du Québec.

des acteurs sont aussi invités à accepter les personnes dans les lieux séparés selon le sexe en fonction de l'identité de genre, d'éduquer les milieux où cela serait mal accepté, et à cesser d'avoir une attitude négative envers les pratiques liées à la prostitution⁵⁸⁸.

Un autre document, les *Lignes directrices relatives aux élèves transgenres de la Commission scolaire de Montréal*⁵⁸⁹, résume aux acteurs du milieu scolaire la conception exposée jusqu'ici à travers différentes définitions et principes d'intervention. Ces acteurs sont ainsi informés de la naturalité des identités trans, des dangers que posent le harcèlement et l'intimidation pour les personnes trans, ainsi que de la nécessité de soumettre toute mesure d'intervention aux besoins et à la perspective des élèves trans. On informe les intervenants du droit à l'autodétermination de son identité par les élèves trans et de la responsabilité de l'établissement à appuyer un élève trans dans ses démarches d'expression de son genre véritable. On les informe également du fait que les informations sur le sexe biologique, le nom, et le statut trans d'un élève doivent être entièrement sous le contrôle de ce dernier. Ainsi, à sa demande, l'administration doit prendre des mesures pour cacher aux enseignants les informations qui révéleraient son sexe biologique ou légal (comme le code permanent). Cet impératif de respect de la *vie privée* s'étend aux parents de l'élève, qui ne doivent pas être informés du fait que celui-ci utilise un autre nom à l'école à moins d'avoir le consentement de l'élève.

⁵⁸⁸ L'idée étant que puisque beaucoup de personnes trans pratiqueraient la prostitution « à des fins de survie », une tolérance accrue de la prostitution participerait d'une réduction de la stigmatisation vécue et d'un meilleur accès aux services.

⁵⁸⁹ Commission Scolaire de Montréal (CSDM), 2016, *Lignes directrices relatives au soutien des élèves transgenres*, Montréal. Contrairement au précédent document, celui-ci ne fait pas partie des documents déposés lors des consultations ayant eu lieu entre 2013 et 2016. Or, il a été fait avec la collaboration active de quatre des experts cités dans ce chapitre et il constitue un excellent exemple de la façon dont les problèmes liés à l'interaction des personnes trans avec leur environnement est réglé par plusieurs organisations.

En ce qui a trait à l'accès aux lieux séparés par le sexe comme les toilettes ou les vestiaires, la question est tranchée par le choix de la personne trans. Si des élèves « ont fait part de leur malaise ou de leurs craintes », ceux-ci peuvent être accommodés non par l'exclusion de la personne trans de ces lieux, mais par l'accès, pour les premiers, à des lieux isolés. Au mieux, les perceptions potentiellement négatives des autres élèves sont conçues comme sans importance, puisque « Au contraire, ce sont les élèves transgenres qui s'exposent à du harcèlement ou à de la violence au moment d'utiliser ces installations. »⁵⁹⁰ Au pire, ces craintes pourraient mener les autres élèves à ne pas respecter l'identification choisie par un élève trans. Il s'agirait alors d'un « [...] refus intentionnel ou persistant de respecter l'identité de genre d'un élève [...] »⁵⁹¹, qui doit « [...] être considéré comme une forme de harcèlement ou de discrimination. »⁵⁹²

Les vécus des autres élèves dans ces situations potentiellement conflictuelles sont ainsi conçus à travers leur positionnement comme *éléments d'un environnement problématique affectant le bien-être des personnes trans*. Les attitudes *transphobes* qui en découlent sont conçues comme devant être éliminées entre autres à travers « l'éducation et la sensibilisation ». On informe également les intervenants du système scolaire que, puisque le fait de séparer certaines activités selon le sexe ou bien le fait d'avoir des règlements s'adressant aux « garçons » et aux « filles » peut poser des problèmes à certains élèves trans, ils devraient utiliser un langage neutre et éviter toute séparation des sexes dès que possible.

⁵⁹⁰ CSDM, 2016, *op. cit.*, p.15

⁵⁹¹ CSDM, 2016, *op. cit.*, p.11

⁵⁹² *ibid.*,

Dans le discours expert militant contemporain sur les identités trans, la figure de la personne transsexuelle (conçue comme souffrant d'une rare pathologie) sert à la fois d'appui et de repoussoir. D'appui, puisque la souffrance psychique liée au genre et l'autorité des disciplines médicales et thérapeutiques (des éléments importants de la figure classique de la *transsexualité*) sont mobilisés dans ce qui apparaît comme une continuité. De repoussoir, puisque la pathologisation est présentée comme une grave erreur de parcours : le problème n'aurait jamais été intrinsèque à la personne (plutôt conçue comme pouvant adopter une grande diversité d'identités de genre), mais à l'environnement.

Une nouvelle figure des identités trans la remplace⁵⁹³, qui plutôt qu'être articulée à un seul objet (la personne pathologisée) s'articule plutôt à un rapport entre deux objets : il s'agit de la figure d'une *communauté marginalisée et discriminée* par un *environnement social transphobe*. Cette communauté, la communauté trans, composée de tous ceux (des personnes *normales*) dont la subjectivité en terme de genre se distingue de celle d'une majorité imposant ses normes, souffrirait principalement de l'ignorance de la majorité quant à leur genre véritable (et quant aux processus objectifs et biologiques menant au développement de l'identité de genre) et de la volonté de cette majorité d'imposer arbitrairement sa conception du sexe biologique comme déterminant de la séparation des êtres humains en deux catégories.

Cette ignorance mènerait les membres de la majorité à avoir des attitudes non affirmatives du genre véritable des personnes trans, passant du désaccord explicite sur la façon de comprendre le sexe/genre d'une personne jusqu'à la violence physique, des attitudes qui seraient les seuls responsables d'un bien-être chez les personnes trans très inférieur à celui de la majorité. Face à cet environnement problématique, un

⁵⁹³ Si le processus a été progressif et s'est constitué à travers des dizaines d'années comme le montre les chapitres précédents, au Québec, une logique d'intervention se manifestant dans les lois basées sur une conception des identités trans comme *transsexualité* a été effectivement remplacée en quelques années par une tout autre logique basée sur une tout autre conception des identités trans.

modèle émerge pour régler le problème : celui de l'acceptation historique de *l'homosexualité* en Occident. Dans ce modèle, des perceptions fausses empêchant les homosexuels de bien vivre auraient été vaincues par un progrès historique (où donc la vérité de la subjectivité intérieure d'un groupe d'êtres humains naturellement distinct des autres aurait triomphé sur les illusions de la majorité)⁵⁹⁴. Les lois et les perceptions des membres de l'environnement problématique doivent donc simplement être mises à jour, puisque c'est maintenant *le tour des personnes trans* de recevoir l'acceptation sociale dans un processus constant de libération de groupes opprimés et de remplacement de normes oppressantes⁵⁹⁵.

6.4 L'opposition au nouveau modèle et son instauration

Dans le processus législatif s'étant entre 2013 et 2016 au Québec, une seule organisation s'est manifestée (lors des consultations de 2015 portant sur les changements au règlement du Code civil) pour protester contre le discours expert militant et l'adoption de lois et règlements qui soient conformes à sa conception des problèmes sociaux liés aux identités trans : l'organisme *Pour les droits des femmes du Québec*⁵⁹⁶(PDF). Les auteures, une sociologue, une anthropologue et une juriste transsexuelle, dénoncent l'ensemble des procédures qu'elles considèrent se dérouler dans l'ignorance des organismes offrant des services aux femmes.

⁵⁹⁴ Les références au combat pour l'acceptation sociale de l'homosexualité sont nombreuses. Voir, par exemple, Igartua et Montoro, 2015, *op. cit.*, p.7 ou encore l'article de Drescher, *op. cit.*, qui aborde le lien entre ces deux combats politiques.

⁵⁹⁵ Voir par exemple, Lev, 2005, *op. cit.*, p.xxix

⁵⁹⁶ Pour les droits des femmes du Québec (PDF Québec), 2015, *La mention de sexe : toute la société est concernée*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-007M), Assemblée nationale du Québec.

Elles affirment supporter les personnes *transsexuelles* et le modèle traditionnel qui permet leur reconnaissance légale et affirment reconnaître la souffrance que l'environnement crée chez les personnes trans. Or, elles refusent ce qu'elles dénoncent comme un « changement de paradigme », puisqu'elles considèrent que l'augmentation massive des identifications trans chez les mineurs pourrait être dues aux médias et à la culture, et donc, que la libre auto-identification consisterait en fait en un processus social de renforcement des normes genrées (les enfants ne se reconnaissant pas dans les stéréotypes sexués étant incités à se définir comme trans). De plus elles affirment leurs craintes pour la sécurité et le sentiment de sécurité des femmes que l'ouverture de tous les lieux séparés selon le sexe à toute personne s'identifiant comme femme pourrait apporter. Leurs propositions consistent en la lutte contre les stéréotypes liés au sexe et la préservation du modèle médical traditionnel.

Durant l'ensemble des procédures, une conception particulière d'un problème social, la transphobie et les expériences difficiles des personnes trans a été présentée. Ce problème est reconnu par les critiques du nouveau modèle (tout comme la légitimité des identités trans) et c'est selon un *principe de précaution* qu'on demande qu'un frein soit mis aux procédures. En conséquence, l'opposition est rapidement rejetée par les législateurs⁵⁹⁷. En effet, ceux-ci mettent plutôt de l'avant la *fragilité* et la *vulnérabilité* des personnes trans. Ils affirment aussi être face à des *dramas humains* devant être réglés « coûte que coûte ».

Le problème étant ainsi posé, l'absence de solution alternative cohérente avec cette conception (qui s'est construite à travers de nombreux jours de consultations sur deux années) donne le champ libre aux solutions proposées par le discours expert. De plus, les représentantes de l'organisme PDF Québec sont informées qu'elles sont en

⁵⁹⁷ Assemblée nationale du Québec. (2015, 16 avril). Audition - Pour les droits des femmes du Québec [Vidéo en ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-58423.html>

retard sur « l'avancement de la société ». En effet, la ministre Stéphanie Vallée, ainsi que les députés Jean-François Lisée et Manon Massé les informent que la société est déjà passée par un stade de rejet de l'homosexualité et de l'égalité juridique des homosexuels, et que cette même société a maintenant atteint un nouveau stade : celui de l'acceptation des personnes trans et de l'élimination de l'ignorance populaire à leur propos.

Ainsi, entre 2013 et 2016, la législature québécoise - à travers ce qui était initialement un processus de simple mise à jour du cadre légal régissant la permission pour un nombre restreint de personnes *transsexuelles* de changer de nom et de sexe - procède à une transformation radicale du cadre législatif régissant le changement de sexe. L'obligation de chirurgie est abandonnée, l'autodéfinition guide le processus de changement de sexe⁵⁹⁸, les mineurs de 14 ans sont inclus dans ce processus⁵⁹⁹, l'identité de genre et l'expression de genre sont inclus comme motifs interdits de discrimination dans la chartes de droits de la personne du Québec et un langage en terme de genre et non de sexe est inscrit dans ces lois et règlements⁶⁰⁰.

Ces transformations sont comprises par les législateurs comme une *mise à jour de l'ensemble de la société* en respect des nouvelles réalités sur le genre auxquelles ils ont été exposés lors des consultations. Un problème largement méconnu par la majorité de la population, ceux des vécus difficiles des personnes trans, se voit ainsi donner une figure claire, celle de l'ignorance et de la transphobie (incluant l'ignorance des législateurs, que ceux-ci s'empressent de corriger par les

⁵⁹⁸ Avec un rôle de cliniciens dans les seuls cas de nouvelles demandes après qu'un changement de sexe ait déjà été accordé, ou bien dans les cas concernant des mineurs.

⁵⁹⁹ Sous des conditions plus restreintes que les adultes, donnant entre autres un rôle aux parents.

⁶⁰⁰ Par exemple, la loi 103 de 2016 remplace l'expression « identité sexuelle » par « identité de genre » dans le Code civil.

modifications législatives) et se voit accorder une solution tout aussi claire : l'éducation et la réglementation visant le respect de la réalité d'origine biologique s'exprimant dans la subjectivité des personnes trans.

CONCLUSION

À travers un long processus s'étendant de l'apparition du phénomène médical, légal et social de la *transsexualité* en Occident jusqu'à aujourd'hui, on est donc passé, dans le contexte québécois⁶⁰¹, à ce que je propose de concevoir comme une expérience historiquement particulière d'un objet de connaissance particulier — les identités trans — à une autre, profondément différente.

Dans les sociétés occidentales modernes au 19^e siècle, les identités trans sont apparues initialement comme un objet de savoir d'une sexologie visant l'éradication des perversions (conçues comme rendant les individus impropres à accomplir leurs fonctions sociales liées à la famille). Dans le cadre du développement des savoirs et la multiplication des types et catégories de comportements qu'effectuait cette discipline, elles ont pu apparaître sous différentes figures tel que *l'éonisme* et le *travestisme*. Vers la fin du 19^e siècle et durant la première moitié du 20^e, différents pionniers de la discipline, dont Magnus Hirschfeld, promeuvent l'utilisation objective des méthodes scientifiques dans l'étude des phénomènes en lien à la sexualité, limitant la portée de la normativité en son sein et permettant un climat propice à différentes expérimentations.

Des technologies médicales (hormones synthétiques, techniques chirurgicales, etc.) sont ainsi développées qui permettent de satisfaire certaines personnes demandant un « changement de sexe ». Certains cas hautement médiatisés dont celui de Christine Jorgensen font alors connaître à la population ces possibilités et de nombreuses personnes se mettent à la recherche de la transition médicale. Cette

⁶⁰¹ Qui n'est cependant qu'un cas parmi d'autres, à l'échelle de la planète.

demande qui émerge dans les années 1950 devient le lieu d'une interrogation médicale qui résultera en les premières théories étiologiques sur les identités trans dans les années 1960 et leur séparation effective avec d'autres phénomènes médicaux par leur identification comme *transsexualité*. L'affirmation d'« être de l'autre sexe » ou le désir de changement de sexe sont alors pris au sérieux par des médecins libéraux cherchant à éliminer l'influence de la morale traditionnelle et du sens commun sur l'étude de ce nouvel objet de savoir scientifique. Un désir « insensé » contre lequel s'insurge la morale apparaît alors comme une réalité empirique qu'il s'agit de mieux connaître. Les premiers *demandeurs* sont alors reconnus comme n'étant pas « psychotiques » et la transition médicale est vue comme le seul traitement approprié concernant la demande de changement de sexe.

Parallèlement, les personnes trans s'approprient les savoirs scientifiques et les technologies de transition : différentes communautés se forment où plusieurs d'entre elles obtiennent des hormones ou s'échangent de l'information sur la façon d'être accepté comme patient dans les premières cliniques spécialisées. Beaucoup de personnes trans trouvent également des chirurgiens non affiliés à ces cliniques, qui sont prêts à pratiquer différentes opérations. Cette appropriation des moyens de transition médicale par les personnes trans forcera le monde médical à développer une offre de service qui soit plus importante, mais aussi très restrictive. En effet, la crainte des conséquences graves possibles de l'appropriation des moyens par les personnes trans (automutilation, chirurgies sans suivies ou bâclées, etc.) mène au développement d'une plus grande offre de services médicaux, mais qui ne soit ouverte qu'à ceux qui ne peuvent pas être aidés autrement.

On assiste donc au développement du modèle médical traditionnel et des soins triadiques qui sera officialisé dans les premiers standards de soins de la HBIQDA en 1979 et qui vise la transition complète des candidats sous la condition d'une sévère sélection visant à protéger les différents types de « faux transsexuels ». C'est en

fonction de ce modèle médical que les différentes lois permettant la transition légale seront établies en Occident à la fois à la demande des personnes trans et grâce à la caution médicale rendant indéniable le phénomène de la *transsexualité*. Au Québec, le cadre législatif visant à permettre aux seuls « véritables transsexuels » (donc déjà opérés) de changer de sexe légal et social est établi en 1977, et ce, sans changement fondamental jusqu'en 2013.

Si les cadres légaux sont longtemps restés fixes et restrictifs, la communauté trans, elle, n'a jamais cessé de se transformer. Initialement dispersée dans différentes communautés (gaie, travestie, etc.) et limitée à quelques groupes restreints informels, la communauté trans grandit et les personnes trans, sous l'identité de *transsexuels*, commencent à former leurs propres organisations communautaires et militantes. Cependant, de nombreuses personnes trans considèrent la transsexualité comme trop restrictive et choisissent plutôt d'autres identités, dont certaines sont partagées par les communautés gaie et travestie. Dans les années 1980 et 1990, dans un contexte de multiplication des possibilités sociales en terme de sexe, un discours militant et académique par les personnes trans émerge pour penser les identités trans dans leur diversité. Si le terme *transgenre* émerge alors pour rendre compte des identités trans ne se limitant pas aux conceptions sociales dominantes de ce que sont une femme et un homme, il finit éventuellement par englober l'ensemble des identités trans, remplaçant alors le terme transsexuel qui ne renvoie plus qu'à une identité trans parmi d'autres. Les identités trans se vivent et se pensent alors dans la diversité.

C'est cette diversité qui devient un objet d'étude des sciences sociales dans les mêmes années. Celles-ci procèdent en effet à un déplacement de l'objet qui passe des corps pathologisés aux représentations sociales sur le sexe et le genre. Les personnes trans sont alors conçues comme faisant partie de la diversité de la *non-conformité aux normes sociales sur le genre et le sexe*. On cherche donc à comprendre leurs vécus et leur positionnement en rapport au groupe majoritaire plutôt que les causes de ce

qu'elles sont. L'existence de la réalité indéniable et indéfinissable de cette diversité mène à un questionnement sur la nature arbitraire et historique des normes occidentales sur le sexe et le genre, qui apparaissent alors comme un ensemble de *stéréotypes* devant s'effacer devant la réalité scientifique. Un ensemble de discours sont ainsi analysés et critiqués d'après cette grille d'analyse, le principal d'entre eux étant le discours médical sur la *transsexualité*, qui est dénoncé comme une volonté mal avisée d'effacement de la diversité. Ses catégories sont déconstruites pour montrer l'impossibilité d'objectiver une diversité dont la complexité ne permet aucun autre guide que la subjectivité individuelle.

En réaction à ces critiques, les disciplines thérapeutiques utilisant la psychothérapie et le *counseling* voient apparaître en leur sein des perspectives théoriques et thérapeutiques trans-affirmatives articulées sur le respect de la subjectivité des personnes trans et sur l'hypothèse d'une cause biologique des identités trans. L'ensemble de la *variance de genre* devient ainsi un objet d'intervention thérapeutique, dans la perspective d'éviter une restriction arbitraire des soins, alors que ces derniers sont conçus comme devant s'adapter aux besoins de plus en plus diversifiés des personnes trans. Ces perspectives trans-affirmatives s'attaquent également à l'environnement législatif, médical et social des personnes trans, conçu comme la cause exclusive des troubles cooccurrents de santé mentale. Face à la montée du militantisme trans et des critiques internes, les perspectives médicales pathologisantes cèdent quant à la diversification des soins et face à la nature des identités trans. Un consensus s'établit alors sur la nature non pathologique des identités trans, mais sur la nécessité de conserver une offre de soins médicaux et thérapeutiques pour venir en aide à ceux qui souffrent de *dysphorie de genre*.

Parallèlement à ces transformations du regard scientifique sur les identités trans, les personnes trans ont vécu différents conflits avec leur environnement social malgré l'instauration de cadres légaux articulés au modèle médical traditionnel.

L'interaction concrète des personnes trans avec leur environnement social, un *impensé* du modèle traditionnel, devient alors le lieu d'un investissement politique à la fois par l'interpellation des tribunaux, mais aussi par le développement de discours militants problématisant à la fois le cadre légal et le traitement dont sont victimes les personnes trans par leur entourage. Au Canada, une jurisprudence s'établit qui remplace cette zone grise par une obligation claire faite à chacun de traiter une personne trans selon le sexe auquel elle s'identifie.

Au niveau politique, au Québec dans les années 1990 et 2000 la transformation des grands organismes militant pour personnes gaies lesbiennes et bisexuelles en organismes LGBT participe de l'inclusion des problèmes soulevés par les personnes trans dans la problématique de *l'homophobie* reconnue par le gouvernement québécois. Dès 2013, la législature québécoise est l'objet d'une interpellation par différents acteurs liés à la communauté trans, et un discours expert militant lui est présenté qui exprime les identités trans comme la découverte personnelle d'un destin biologiquement déterminé en terme de genre. Le *genre* pouvant adopter n'importe quelle configuration en terme de féminité, de masculinité, d'expression individuelle ainsi que de configuration corporelle, les législateurs sont informés que le modèle traditionnel est désuet et doit être modifié pour respecter la diversité empirique et la subjectivité des personnes trans. Ils sont également informés que les législations québécoises et la régulation des comportements doivent être articulés à une problématique d'importance, celle de la *transphobie*, selon laquelle le bien-être, la santé physique et la participation des personnes trans à la société est limitée par l'existence de représentations sociales et de discours qui mènent de nombreux individus à ne pas respecter l'identité subjective affirmée des personnes trans.

La modification du cadre législatif québécois entre 2013 et 2016 visant son articulation au modèle thérapeutique trans-affirmatif participe donc d'une résolution

de la problématique sociale de la transphobie, pour laquelle les solutions avancées sont la modification des lois et règlements en respect de la subjectivité des personnes trans, mais aussi la modification des représentations sociales problématiques entraînant chez de nombreuses personnes le non-respect de cette subjectivité. Cette dernière solution passe entre autres par un travail *d'éducation*, par les détenteurs du savoir académique et thérapeutique sur les identités trans, des différents milieux sociaux traversés par les personnes trans.

Les moyens de ce travail d'éducation dépassent la seule intervention de *spécialistes* pour régler des cas conflictuels particuliers⁶⁰². Du fait de la multiplication des conflits et la reconnaissance grandissante d'une problématique de l'interaction entre les personnes trans et leur environnement social et institutionnel, de multiples organisations et institutions recherchent par elles-mêmes l'expertise des nouveaux *experts* de cette question⁶⁰³. Des règlements internes à ces organisations, ainsi que des séances de formation, basés largement sur une compréhension de la question illustrée au chapitre 6 par le savoir expert militant, constituent ainsi des savoirs sur les identités trans étant diffusé directement au sein de la vie pratique d'un nombre grandissant d'individus.

Parallèlement, de multiples productions culturelles participent de la circulation dans la société d'une conception des identités trans et de la transphobie largement similaire (lorsqu'elle ne s'en inspire pas directement) au discours expert militant. Ainsi, du matériel d'éducation sexuelle, des livres de vulgarisation, et différentes productions médiatiques et culturelles visant des publics de tous âges participent de la circulation d'une conception des identités trans comme *destin*

⁶⁰² Comme dans les cas où un-e spécialiste de la santé mentale doit communiquer avec une institution pour tenter de convaincre ses représentants d'effectuer un accommodement pour une personne trans.

⁶⁰³ Dont le discours se distingue de l'ensemble des connaissances et débats scientifiques internes aux disciplines thérapeutiques historiquement concernées par les question des identités trans.

naturel en terme de genre se révélant dans la subjectivité d'une personne, subjectivité à laquelle il convient de s'adapter afin de ne pas la faire souffrir.

C'est en ce sens qu'il convient de parler d'une *expérience historiquement particulière* différente des identités trans, profondément distincte de celle articulée sur le concept de transsexualité. Le modèle médical traditionnel permettait de *penser* les personnes trans comme une exception à l'ordre naturel de la différenciation sexuelle, que cette « exception » soit conçue comme d'origine biologique ou comme un « problème » relevant de la santé mentale. En conséquence, les lois permettant le changement de sexe étaient articulées à cet état d'exception autant qu'elles le perpétuaient (par les nombreuses restrictions aux personnes voulant changer de sexe légal). Dans ce modèle d'intervention social sur la question, rien n'impliquait la limitation de l'articulation des comportements en terme de genre et de sexe à la physiologie⁶⁰⁴ : le monde social pouvait être pensé comme étant composé de femmes, d'hommes et de cas exceptionnels. L'existence des personnes trans et les règlements et lois permettant le changement de sexe n'entraînaient donc que peu de conséquences pour le reste de la population.

Cette nouvelle expérience de l'objet de connaissance et d'intervention que sont les identités trans se distingue particulièrement de la précédente en ce qu'elle implique sur la façon dont il est aujourd'hui possible de comprendre le sexe et le genre. En effet, s'il est indéniable qu'une compréhension du sexe basé sur la physiologie persiste toujours autant dans le sens commun que dans certaines productions médiatiques, cette dernière se voit contestée avec force par une nouvelle compréhension du sexe et du genre qui découle en grande partie des différents discours portant sur les identités trans. En terme de sexe, chacun est ainsi encouragé à

⁶⁰⁴ Et cela, alors même que dans le contexte de la « seconde vague » du mouvement féministe, les attitudes et représentations associés à cette physiologie binaire des sexes étaient l'objet de fortes remises en question.

se concevoir non pas comme membre d'un sexe physiologique, mais comme le porteur d'une *identité de genre*, et à agir par rapport aux autres non pas en fonction d'un comportement socialement approprié pour une catégorie de sexe particulière, mais en fonction de ce qui est approprié pour chaque personne en fonction des particularités de son identification et de son expression en terme de genre.

Cette transformation de *l'expérience* que chacun peut aujourd'hui faire du sexe ou du genre repose sur les transformations du rôle que le concept d'*identité de genre* a pu occuper dans différents discours scientifiques où il était pertinent. Dans le cas des discours scientifiques sur les identités trans, le concept d'identité de genre avait initialement la fonction de l'envers d'un problème d'ordre médical ou psychiatrique. Puisque certaines personnes se sentaient profondément membres de l'autre sexe, un mécanisme objectif devait être l'objet d'un dysfonctionnement. Au sein de la psychanalyse, c'est l'identité de genre, conçu comme résultat d'un vécu subjectif structurant la personnalité et l'identité, qui deviendra ce mécanisme. Dans des perspectives biologisantes, on accordera moins d'importance à la nature de l'identification subjective qui apparaît davantage comme un épiphénomène de ses origines biologiques.

Avec la prise en compte grandissante de la parole des personnes trans et la reconnaissance d'une communauté trans distincte des personnes cherchant l'aide médicale, l'expérience subjective cesse d'être un élément parmi d'autres d'un phénomène empirique. Elle en vient plutôt à contenir en elle l'entièreté du phénomène des identités trans : être trans est alors défini comme le fait d'avoir une identité de genre différente du genre assigné à la naissance ou différente des stéréotypes liés au genre⁶⁰⁵. L'identité subjective de chacun en terme de genre est alors associée à un processus objectif d'origine naturelle et biologique se révélant

⁶⁰⁵ Certaines définitions plus englobantes incluent aussi les expressions de genre non conforme aux normes et stéréotypes.

dans le vécu d'une personne. On ne peut alors plus dire d'une personne qu'elle *est* d'un sexe, mais *pense* être d'un autre : sa subjectivité révèle son genre ainsi que le « sexe de son cerveau ». Par conséquent, la physiologie perd de plus en plus⁶⁰⁶ son rôle central dans la catégorisation des individus (des autres ou de soi-même). Elle peut toujours servir à juger si l'on est face à une personne de genre masculin ou féminin, mais cette information est maintenant incertaine et en attente d'une possible infirmation par l'expression d'une identité de genre différente.

Cette transformation large, que j'ai tenté d'expliquer en montrant l'articulation de transformations plus restreintes concernant les identités trans, revoie à deux aspects importants des sociétés contemporaines: le rôle de la médecine et des disciplines thérapeutiques dans les sociétés occidentales, ainsi que l'obsolescence grandissante de plusieurs catégories à travers lesquels étaient pensés la société, les combats politiques, ainsi que les identités.

Premièrement, ces transformations s'inscrivent dans un contexte de *médicalisation* grandissante des sociétés occidentales⁶⁰⁷. La médicalisation, dans une acception restreinte, peut être comprise comme la transformation de problèmes non médicaux en problèmes médicaux. Cet aspect du phénomène correspond entre autres à la proportion grandissante d'individus étant l'objet d'intervention thérapeutique et biomédicale, parfois (de plus en plus) à titre préventif. Or, la médicalisation va au-delà de la transformation du normal en pathologique. Plus largement, ce phénomène renvoie au rôle primordial de la médecine et des différentes disciplines

⁶⁰⁶ À mesure que se répandent dans la société différentes variantes du discours expert militant. Il va également de soi qu'on fait ici référence aux aspects visibles de la physiologie de chacun.

⁶⁰⁷ Conrad, Peter, 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*. Baltimore. John Hopkins University Press. La sociologie de la santé a produit plusieurs autres concepts visant à cerner le rôle grandissant des technologies médicales dans la société. On peut penser entre autres aux concepts de *pharmaceuticalisation* ou de *biosocialisation*.

thérapeutiques, non seulement dans la résolution des problèmes sociaux, mais dans la façon dont le monde humain est compris par l'ensemble des individus. Le monde social est ainsi conçu de façon grandissante à travers des concepts développés dans différentes disciplines thérapeutiques et biomédicales⁶⁰⁸.

En apparence, la situation des personnes trans au Québec et ailleurs semble s'opposer à ce phénomène. En effet, le combat pour la dépathologisation a mené à ce que les personnes trans ne soient plus considérées par le monde médical comme étant atteints de troubles psychiatriques. De plus, les nouveaux cadres légaux et modèles de soins ont déplacé l'autorité et la responsabilité du statut légal et de la direction des soins dans les mains des personnes trans. Or comme il a été vu au courant de ce mémoire, la dépathologisation psychiatrique des identités trans est passée par le développement des théories trans-affirmatives et du modèle de consentement éclairé, dans un contexte où la transition médicale (maintenant « sur mesure ») est toujours perçue et conçue comme la façon principale de réduire la souffrance des personnes trans⁶⁰⁹. Dans les disciplines liées à la psychothérapie, on a choisi le projet d'une intensification de l'activité thérapeutique, alors que les cliniques spécialisées reçoivent un nombre record de demandeurs, et ce dans un contexte où certaines études évaluent maintenant la proportion de personnes trans dans la société canadienne à plus de 2%⁶¹⁰.

Si l'indépendance des identités trans avec la pratique médicale concrète a donc pu être largement atteinte dans les cas où une personne trans le choisirait, elles sont cependant toujours largement conçues comme étant liées aux pratiques

⁶⁰⁸ *Ibid.* et Rose, Nikolas, 2003, « Neurochemical selves. » *Society*, 41(1), pp.46-59.

⁶⁰⁹ La transition médicale est aussi maintenant comprise comme le fait de rendre le corps conforme à ce que la personne a toujours été.

⁶¹⁰ McFarlane, Devon, 2015, *Literature Review to Support Health Service Planning for Transgender People*, Canadian Professional Association for Transgender Health.

thérapeutiques et médicales. Une illustration peut être trouvée dans l'explication biologisante des identités trans qui est mise de l'avant par les spécialistes de la santé porteurs du discours expert militant, et dans l'appui tacite donné à cette explication — dans ce même discours — par différents militants et organismes à travers un argumentaire de type « born this way » visant à convaincre les législateurs du bien-fondé de leurs demandes. La revendication de liberté, pour court-circuiter la possibilité d'être conçue comme relevant de l'opinion, ou du choix, s'attache ainsi à l'autorité des (*bons*) spécialistes de la santé, rendant indéniable la prémisse (le genre véritable subjectivement découvert) sur laquelle reposera l'ensemble des revendications politiques concrètes. Ainsi, sans chercher à lier explicitement la transformation qui a été étudiée ici avec d'autres processus sociaux⁶¹¹, elle peut cependant être conçue comme participant d'une compréhension de l'univers sociale à travers des catégories et représentations liées à la pratique médicale et thérapeutique⁶¹².

Un autre aspect important des sociétés occidentales contemporaines est la remise en question systématique d'un grand nombre de normes sociales et de catégories qui ont historiquement prévalu dans les sociétés modernes. Comme l'ont montré certains auteurs,⁶¹³ la société moderne s'est constituée en réglant un *problème* particulier, celui d'une population dangereuse inadaptée aux pratiques sociales découlant du capitalisme naissant. Il convenait alors de détruire les formes culturelles

⁶¹¹ Puisqu'il importe, dans la démarche mise de l'avant dans ce mémoire de ne pas porter de jugement normatif ou de ne pas théoriser sur la nature des identités trans.

⁶¹² Une pratique qui ne peut pas être conçue comme simplement uniforme et dominante, comme le montre la grande adaptation des médecins et thérapeutes aux critiques portées par de nombreuses personnes trans. Également, il n'est pas question ici d'affirmer que les militants trans font véhiculer les discours médicaux. Simplement, qu'une conception naturalisante de l'identité de genre s'inscrit en cohérence avec le rôle prépondérant des explications biologisantes dans l'explication de plusieurs autres phénomènes sociaux.

⁶¹³ Je me base ici principalement sur Michel Foucault, et Jacques Donzelot, *op. cit.*

de la fin du moyen-âge, afin d'instaurer un nouveau modèle unique d'individus (mâles) égaux et autonomes adaptés à une société sans statuts (ainsi qu'un nouveau modèle unique pour les femmes: la mère au foyer). De nombreux mécanismes ont ainsi été mis en place pour conditionner les citoyens et structurer leurs comportements en cohérence avec les nécessités de la production et de l'intérêt national. Parmi ces mécanismes ou techniques, on peut compter l'éducation à l'épargne, la philanthropie, l'éducation publique, etc. Or, ceux-ci se sont avérés insuffisants pour assurer la paix sociale, et dès la fin du 19^e siècle, l'intervention publique directe de protection dans la société à travers ce qu'on appellera l'*État-Providence* se met en place⁶¹⁴. Si celui-ci, semble rendre plus réelle l'impression d'égalité entre les citoyens⁶¹⁵, il repose encore largement sur des techniques *disciplinaires*⁶¹⁶, au sein d'institutions comme l'école, l'asile, la prison, ainsi que sur un cadre légal accordant aux femmes et à certains groupes ethniques une place inférieure dans la société.

Dès les années 1960, de nombreuses contestations émergeront pour renverser cet ordre des choses, basé sur la discipline et l'uniformisation des citoyens, qui est conçu comme allant à l'encontre d'une diversité légitime des vécus et des aspirations⁶¹⁷. Aux luttes pour la libération des modes de vie et des pratiques sexuelles se joindront les mouvements féministes et ceux de défense des droits civiques, autant de mouvements contestataires provenant de groupes souvent sans égalité juridique. La période précédant les années 1980 sera donc marquée par trois grandes problématiques politiques: celle des rapports entre les sexes, celle des

⁶¹⁴ Donzelot, Jacques, 1994, *L'invention du social*, Éditions du Seuil.

⁶¹⁵ *Ibid.* Que cela soit par l'accès à la propriété ou par l'espoir, alors relativement justifié, que l'éducation permette à chacun de s'élever tranquillement en terme de statut et de richesse.

⁶¹⁶ Donc, suivant le modèle abordé par Foucault dans *Surveiller et Punir*.

⁶¹⁷ Donzelot, *Op. cit.*, pp. 198-204

rappports entre groupes ethnoculturels ou nationaux, et celle des rapports entre classes sociales⁶¹⁸.

Or, il semble que dans la société contemporaine, ces catégories soient en désuétude grandissante. Le concept de classe sociale a été largement évacué au profit de débats sur la redistribution des richesses ne problématisant plus l'ordre social⁶¹⁹. En ce qui a trait à la question du rapport entre les sexes (comme il a été vu au courant de ce mémoire) l'égalité juridique entre les sexes et les grandes possibilités sociales pour chacun en terme d'expression de genre participent d'un argumentaire visant à restreindre le rôle du concept de sexe au profit de celui d'identité de genre. La problématisation féministe « classique » du rapport entre les sexes, malgré une pertinence se faisant toujours sentir⁶²⁰, fait ainsi de plus en plus place à une problématique de l'expression libre du soi genré. Au sein des théories féministes, le concept d'*intersectionnalité* participe d'un déplacement du regard de la condition commune des personnes de sexe féminin vers un ensemble de conditions particulières liées à différents sous-groupes parmi les personnes s'identifiant comme femmes⁶²¹. Quant à la question du rapport entre groupes ethnoculturels ou nationaux, elle côtoie différents phénomènes dans les régions urbaines où la grande diversité des régions d'où provient l'immigration et la multiplication des unions mixtes limitent les

⁶¹⁸ Simon, Pierre-Jean, 1983, « Le sociologue et les minorités: connaissance et idéologie », *Sociologie et sociétés*, 15 (2), pp. 9-23.

⁶¹⁹ Martin, Eric et Maxime Ouellet, « La crise du capitalisme est aussi la crise de l'anti-capitalisme », dans Eric Martin et Maxime Ouellet (dir.), *La tyrannie de la valeur*, Écosociété, pp. 7-51.

⁶²⁰ On peut penser au récents mouvements *me too*, ainsi que celui contre les femicides en Amérique latine.

⁶²¹ Parfois en incluant aussi les personnes ne s'identifiant pas comme des hommes, tels les personnes *non-binaires*.

possibilités mêmes de penser clairement ce qui constitue une communauté aux frontières claires⁶²².

Comme le mentionne Roger Brubaker, le fait que les trajectoires individuelles s'inscrivent maintenant dans des situations où les frontières entre les groupes et les identités sont plus poreuses que jamais emmène des possibilités inédites en terme d'identification personnelle⁶²³. En terme d'identification ethnique, l'identité d'une personne dont les parents sont d'origines diverses mène à des situations où un certain *choix*, résultat d'une négociation entre différents éléments constitutifs de sa personne, entre en compte. Ainsi, la complexification et la multiplication grandissante des conditions desquels émergent les identités individuelles mettent à l'avant-scène la question de la subjectivité individuelle, et celle de la façon dont le positionnement particulier de chacun est conçu comme renvoyant à une vérité qui lui soit propre sur lui-même. Cette vérité sur *qui chacun est* (ou se sent être) semble aller de façon grandissante à l'encontre d'anciennes catégories autrefois essentielles pour catégoriser le monde social, que celles-ci proviennent de la société moderne *disciplinaire* ou de l'ensemble des mouvements sociaux et politiques du 20e siècle qui l'ont combattu.

C'est dans un tel phénomène qu'on peut situer la transformation qui à été l'objet de cette analyse. En effet, malgré la conception du genre comme destin biologique qui domine le nouveau discours expert spécialisé sur les identités trans, l'argumentaire explicitement biologique occupe une place relativement restreinte chez les auteurs trans et au sein de la militance trans. Comme il a été vu au chapitre 4, dès les années 1990, il est plutôt question pour les auteurs trans de dénoncer un

⁶²² Gilroy, Paul, 2000, *Against Race: Imagining Political Culture beyond the Color Line*, Harvard University Press. et Brubaker, Roger, 2016, *Trans: Gender and Race in an Age of Unsettled Identities*, Pinceton University Press, Woodstock.

⁶²³ Brubaker, *op. cit.*

ensemble de normes sociales qui ont comme effets d'empêcher de voir et concevoir les façons d'être genré hors de la norme et de limiter concrètement la possibilité d'expression d'un soi-même que l'on sait être véritable et authentique⁶²⁴.

En ce sens, il est question de *rejeter* les normes et catégories régissant la façon de comprendre l'identité et la société, pour ainsi *libérer* la diversité des vécus. La réification possible de la nature biologique du genre n'est ainsi pas une volonté explicite de l'ensemble des acteurs portant un discours sur les identités trans aujourd'hui. Dans un certain sens, on peut considérer que la question de l'origine de leur identité n'est simplement pas pertinente pour plusieurs militants trans, qui préfèrent parler de la connaissance d'eux-mêmes. Cette priorité à la question de la libération du soi vécu contre des normes et catégories ressentie comme étrangère se manifeste entre autres dans le fait que la communauté des « minorités sexuelles » ne cesse de développer de nouvelles formes d'identités liées au genre et à la sexualité⁶²⁵, formes qui renvoient à un nombre grandissant de vécus particuliers irréductibles aux catégories plus anciennes tels que l'homosexualité et la transsexualité. Si certaines de ces nouvelles identités sont en position de revendiquer leur véracité par l'idée d'une nature d'ordre biologique, d'autres, comme l'identité *queer*, renvoient directement à la volonté politique de libération des normes liées au sexe, au genre, et à la sexualité.

Si on aborde les identités trans par cet aspect d'une identité ne se reconnaissant pas dans les normes et catégories dominantes de la société, alors il devient possible, tel que l'affirment Susane Stryker et Roger Brubaker⁶²⁶ de penser

⁶²⁴ À l'encontre, souvent, de ce qui est manifesté extérieurement pour ne pas subir les conséquences du non-respect des normes sociales.

⁶²⁵ Par exemple, le concept de *pansexualité* vise à référer à une attirance à tous les genres (plutôt qu'à la binarité des sexes, comme la bisexualité), alors que celui d'*asexualité* permet à ceux ne ressentant pas de désir sexuel de se distinguer d'une normativité sociale selon laquelle toute personne serait un être animé de désir sexuel. On peut aussi penser aux nombreuses personnes se reconnaissant comme homosexuelle, mais préférant manifester une identité *queer*.

⁶²⁶ Brubaker, *op. cit.*

différents phénomènes de transformations des identités en analogie (malgré leurs différences) avec les expériences mises de l'avant par les personnes trans. Le préfixe *trans* pourrait alors être conçu comme renvoyant à une multitude d'expériences de détournement, d'évitement et de renversements de normes sociales, qui sont vécus comme non conformes aux expériences que les individus ont de leur réalité.

Ainsi ces deux aspects des discours actuels et des pratiques contemporaines liées aux identités trans, un essentialisme biologisant et une revendication de liberté à l'égard de normes sociales délégitimées⁶²⁷, ont évolué en parallèle à des transformations similaires dans d'autres domaines de la vie sociale.

Le but de la présente analyse était de montrer l'articulation des transformations locales ayant mené à une transformation d'importance dans le domaine de ce qu'il est aujourd'hui possible de penser en terme de sexe et de genre, et ce, sans avancer sur le terrain de la nature des identités trans. Il est cependant nécessaire de reconnaître que les transformations qui ont été étudiées participent d'une réalité plus large dans les sociétés contemporaines où une compréhension biomédicale du monde social côtoie la remise en question d'un nombre grandissant de normes, du fait de leurs incompatibilités avec des vécus subjectifs. Ces vécus apparaissent comme étant de plus en plus diversifiés, particuliers et uniques⁶²⁸, ou à tout le moins, ils apparaissent de façon grandissante comme un objet de réflexion et de négociation personnelle pour chacun.

⁶²⁷ Des positions pouvant tout à fait cohabiter, mais qui pourraient apparaître contradictoire.

⁶²⁸ Sans qu'on puisse trancher ici si les vies intérieures de chacun sont réellement plus « individualisées » et uniques, ou bien si ce ne serait pas plutôt l'action d'une nouvelle normativité permettant à chacun une problématisation de sa personnalité et incitant à l'exigence du respect par le monde extérieur de sa vie intérieure.

BIBLIOGRAPHIE

Action santé travesti(e)s et transsexuel(le)s du Québec (ASTTEQ), 2015, *Résumé des recommandations*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-011M), Assemblée nationale du Québec.

Action santé travesti(e)s et transsexuel(le)s du Québec (ASTTEQ), 2015, *Je m'engage*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-047M), Assemblée nationale du Québec.

Agence de la Santé Publique du Canada, 2011, « Question et réponse : L'identité sexuelle à l'école », 27p.

Aide aux personnes transsexuel et transsexuelles du Québec (ATQ), 2013, *Mémoire...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-011M), Assemblée nationale du Québec.

Alessandrin, Arnaud, 2014, « Du *transsexualisme* à la *dysphorie de genre* : ce que le DSM fait des variances de genre », *Socio-logos*, 2014/9.

American Psychiatric Association (APA), 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : fifth edition*.

Assemblée nationale du Québec. (2013, 22 mai). Audition - Aide aux transsexuels transsexuelles du Québec (ATQ) [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-46083.html>

Assemblée nationale du Québec. (2013, 23 mai). Audition - Mme Françoise Susset, cofondatrice de l'Institut pour la santé des minorités sexuelles (ISMS) [Vidéo en ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-46123.html>

Assemblée nationale du Québec. (2013, 23 mai). Audition - Comité Trans du Conseil québécois LGBT [Vidéo en ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-46121.html>

Assemblée nationale du Québec. (2013, 26 novembre). Audition - Enfants transgenres Canada [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-48901.html>

Assemblée nationale du Québec. (2013, 26 novembre). Audition - Mme Françoise Sussets [Vidéo en ligne]. Récupéré de <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-48899.html>

Assemblée nationale du Québec. (2015, 16 avril). Audition - Pour les droits des femmes du Québec [Vidéo en ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-commissions/AudioVideo-58423.html>

Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles (CPATH), 2013, *Mémoire*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-008M), Assemblée nationale du Québec

Banzet P., J.M. Servant et P. Nahon, 1984, « Reflexion sur le rôle du chirurgien dans le traitement du transsexualisme », dans Odile Diamant-Berger (dir.) *Le transsexualisme*, Masson.

Beauregard, Annick, 2013, *Étude critique du concept d'identité sexuelle : science société et queer*, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 202 p.

Benjamin, Harry, 1966, *The Transsexual Phenomenon*, Julian Press.

Benjamin, Harry, 1969, « Introduction », dans Green, R. et John Money (dir.) *Transsexualism and Sex Reassignment*, Johns Hopkins University Press.

Billings, Dwight B. et Thomas Urban, 1987, « The Socio-Medical Construction of Transsexualism : An Interpretation and Critique », *Social Problems*, Vol. 29, No. 3, pp. 266-282.

Bockting, Walter, 2009, « Are Gender Identity Disorders Mental Disorders? Recommendations for Revision of the World Professional Association for

Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), pp.53-62.

Bolin, Anne, 1998, « Transcending and transgenering » dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.63-96.

Boswell, Holly, 1998, « The transgender paradigm shift toward free expression », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.55-62.

Breton, J., 1984, « Conditions du traitement médico-chirurgical des transsexuels » dans Odile Diamant-Berger (dir.) *Le transsexualisme*, Masson.

Brown, George, 1998, « Women in the closet : relationship with transgendered man », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.353-372.

Brown, George R., 2009, « Recommended Revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care Section on Medical Care for Incarcerated Persons with Gender Identity Disorder », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), pp.133-139.

Brownstein, Michael L., 2009, « Ethical Questions Concerning Sex Reassignment Surgery : Revisions for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(4), pp.220-221.

Brubaker, Rogers, 2001, « Au-delà de l'identité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2001/4 no 139, pp.66-85.

Bullough, Bonnie, et Bullough, Vern, 1998, « Transsexualism : historical perspective, 1952 to present », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.15-34.

Bureau, Jules, Jean Pierre Trempe et Louise Jodoin, 1978, « Transsexualité : catégorie, diagnostique ou expérience d'un individu » *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19.

Butler, Judith, 1990, *Gender Trouble : Feminism and the subversion of identity*, Routledge, 172p.

Bureau, Marie-France et Jean-Sébastien Sauvé, 2011, « Changement de la mention du sexe et état civil au Québec : critique d'une approche législative archaïque », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, Vol. 41, No. 1.

Byne, William et al., 2012, « Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder », *Archives of Sexual Behavior*, 41, pp. 759-796.

Castel, Françoise, Robert Castell et Anne Lovell, 1979, *La Société Psychiatrique Avancée*, Grasset, 366 p.

Centre for gender Advocacy, 2013, *Condition trans au Québec*, Étude détaillée du projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-064), Assemblée nationale du Québec.

Centre for gender Advocacy, 2015, *De l'importance du travail bien fait*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-005M), Assemblée nationale du Québec.

Chamak, Brigitte, « Les transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge : le rôle des associations en France », *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42, 2005, pp. 169-190.

Chamberland, Line et al., 2011, « La transphobie en milieu scolaire au Québec », Rapport de recherche, UQAM. 39p.

Chamberland, Line et Christelle Breton, 2012, « Réflexion autour de la notion d'homophobie : succès politique, malaises conceptuels et application empirique », *Nouvelles Questions Féministes* 2012/1, Vol. 31, pp. 27-43.

Cheek, Julianne, 2004, « At the Margins? Discourse Analysis and Qualitative Research », *Qualitative Health Research*, 14(8), pp.1140-1150.

Chiang, Howard, 2009, « Historicizing the Emergence of Sexual Freedom : The Medical Knowledge of Psychiatry and the Scientific Power of Sexology, 1880-1920 », *Gender Forum*, 24.

Coalition des familles LGBT, 2015, *Mémoire*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-001M), Assemblée nationale du Québec.

Cohen-Kettenis, Peggy T., et Pfäfflin, Friedemann, 2010, « The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), pp.499-513.

Cole, Collier M. et Walter J. Meyer, 1998, « Transgender behavior and DSM IV », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.127-136.

Cole, Sandra, 1998, « The female experience of the femme : a transgender challenge », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.373-390.

Coleman, Eli, 2009, « Toward Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), pp.1-7.

Collège des médecins du Québec, 2015, *Commentaires sur le Règlement...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-014M), Assemblée nationale du Québec.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), 2007, *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, 108p.

Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ), 2013, *Commentaires sur le projet de loi 35*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI - 001M), Assemblée nationale du Québec.

Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ), 2015, *Commentaires sur le projet de règlement*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom

et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-003M), Assemblée nationale du Québec.

Commission Scolaire de Montréal (CSDM), 2016, *Lignes directrices relatives au soutien des élèves transgenres*, Montréal.

Conrad, Peter, 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*. Baltimore. John Hopkins University Press.

Conseil Québécois LGBT, 2013, *Recommandations - Amendement projet de loi 35*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-007M), Assemblée nationale du Québec.

Conseil Québécois LGBT, 2015, *Assurer l'égalité et l'inclusion des personnes trans**, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-008M), Assemblée nationale du Québec.

Corrêa, Sonia *et al.*, *Les principes de Jogjakarta*, 2007, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-083), Assemblée nationale du Québec.

Côté, Gilles, « Examen Psychiatrique du Transsexuel » *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19, 1978

Cromwell, Jason, 1998, « Fearful others : medico-psychological construction of female-to-male transgenderism », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.117-144.

Darke, Julie et Allison Cope, 2002, *Trans Inclusion Policy Manual For Women's Organizations*, Trans Alliance Society.

Dean, Mitchell, 2002, *Critical and effective histories : Foucault's methods and historical sociology*, Routledge.

De Cuypere, Griet, et Vercruyse, Herman, 2009, « Eligibility and Readiness Criteria for Sex Reassignment Surgery : Recommendations for Revision of the WPATH Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(3), pp.194-205.

Denny, Dallas, 1998, « introduction », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing.

Devor, Holly, 1998, « Sexual-orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, 249-276.

de Vries, Annelou L. C., et Cohen-Kettenis, Peggy T., 2009, « Review of World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care for Children and Adolescents with Gender Identity Disorder : A Need for Change? » *International Journal of Transgenderism*, 11(2), pp.100-109.

Diamant-Berger, Odile (dir.), 1984, *Le Transsexualisme : droit et éthique médicale Volume 1*, Masson, 82p.

Di Ceglie, D., et al., 2002, « Children and Adolescents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service : Clinical Features and Demographic Characteristics », *International Journal of Transgenderism*, 6 :1.

Directeur de l'État civil, 2015, *Allocution de Me Reno Bernier directeur de l'état civil*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-016M), Assemblée nationale du Québec.

Donzelot, Jacques, 1977, *La Police des Familles*, Éditions de Minuits, 222p.

Dorais, Michel, 2015, « Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle », *Santé mentale au Québec*, 2015 , 40 :3, pp.37-53.

Drescher, Jack, 2010, « Queer Diagnoses : Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual », *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.

Drescher, Jack et Jack Pula, 2014, « Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-Variant Prepubescent Children », *LGBT Bioethics : Visibility, Disparities, and Dialogue*, special report, Hastings Center Report 44, no. 5 pp. s17-s22.

Dubois, Dominic, 2008, *Le « mauvais corps », entre médecine, psychologie et*

normativité. *Essai de préblématisation sociologique du transsexualisme*, Mémoire de Maîtrise, Université du Québec à Montréal. 109 p.

Duschesne, Natalie, 2009, *Les personnes trans et l'état civil : violence et résistance*, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 105p.

Ehrbar, Randall D., 2010, « Consensus from Differences : Lack of Professional Consensus on the Retention of the Gender Identity Disorder Diagnosis », *International Journal of Transgenderism*, 12 :2, pp. 60-74.

Ehrenberg, Alain, 2005, « La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale », *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42, 2005, pp. 17-41.

Ehrensaft, Diane , 2012, « From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity : True Gender Self Child Therapy », *Journal of Homosexuality*, 59 :3, pp. 337-356.

Ekins, Richard, 1998, « On male femaling : a grounded theory approach to cross-dressing and sex-changing », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.181-206.

Ekins, Richard et Dave King, 1998, « Blending genders : contribution to the emerging field of transgender studies », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.97-116.

Enfants Transgenres Canada, 2013, *Mémoire pour soutenir le projet de loi 35*, Étude détaillée du projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-001M), Assemblée nationale du Québec.

Enfants Transgenres Canada, 2015, *Mémoire...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-009M), Assemblée nationale du Québec.

Enriquez, Mickael Chacha et Line Chamberland, Jean Dumas et Joseph Josy Lévy, 2016, « Les usages santé d'Internet par les personnes trans au Canada : La constitution d'une expertise collective et militante. », *Nouvelles pratiques sociales*, 281, pp. 49-65.

Enriquez, Mickael, 2013, *Un mouvement trans au Québec? Dynamiques d'une*

militance émergente, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 222p.

Fausto-Sterling, Anne, 1993, « The Five Sexes : Why Male and Female Are Not Enough », *Sciences*, March/April, pp. 20-24.

Fausto-Sterling, Anne, 2000, « The Five Sexes, Revisited », *Sciences*, 40 (Jul/Aug), pp. 18-23.

Fisk, Norman M., 1974, « Gender dysphoria syndrome : The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen : Editorial comment on male transsexualism », *West J Med*, 120, may, pp. 386-391.

Foucault, Michel, 1976, *Histoire de la sexualité : 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

Foucault, Michel, 1975, *Surveiller et punir : Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

Foucault, Michel, 1992, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

Foucault, Michel, 1969, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard.

Foucault, Michel, 1984, *Histoire de la sexualité : 2, L'usage des plaisirs*. Paris, Gallimard.

Foucault, Michel, 1990, *L'Ordre du discours : leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris, Gallimard.

Foucault, Michel, 1994a, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », *Dits et écrits : 1954-1988*, Daniel Defert et François Ewald (dir.), 2e volume, Gallimard, pp. 145-172.

Foucault, Michel, 1994b, « La Vérité et les Formes Juridiques », *Dits et écrits : 1954-1988*, Daniel Defert et François Ewald (dir.), 2e volume, Gallimard.

Foucault, Michel, 1994c, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits : 1954-1988*, Daniel Defert et François Ewald (dir.), 4e volume, Gallimard.

Fraser, Lin, 2009, « Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care : Background and Recommendations », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), pp.110-126.

Fraser, Lin, 2009, « Etherapy : Ethical and Clinical Considerations for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(4), pp.247-263.

Green, Jamison, 1998, « FTM : An emerging voice », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.145-162.

Guilé, Jean Marc, 2013, « Théories du genre ou identité sexuée ? », *Perspectives Psy*, 2013/3 (Vol. 52), pp. 217-218.

Guillaumin, Colette, 1992, « Le corps construit », *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de Nature*, pp.117-142.

Ghosh, Shuvo, 2016, *Mémoire*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 103, Loi visant à renforcer la lutte contre la transphobie et à améliorer notamment la situation des mineurs transgenres (CRC-008M), Assemblée nationale du Québec.

Hausman, Bernice, 2001, « Recent Transgender Theory », *Feminist Studies*, Vol. 27, No. 2, pp. 465-490.

Henkins, William, 1998, « Multiple personality order : an alternate paradigm for understanding cross-gender experience », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.163-180.

Hidalgo, Marco A., 2013, « The Gender Affirmative Model : What We Know and What We Aim to Learn », *Human Development*, 56, pp. 285-290.

Hook, Derek, 2001, « Discourse, Knowledge, Materiality, History : Foucault and Discourse Analysis », *Theory and Psychology*, 11(4), pp.521-547.

Hook, Derek, 2005, « Genealogy, discourse, 'effective history' : Foucault and the work of critique », *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), pp.3-31.

Igartua, Karine, 2013, *Mémoire sur les enjeux de santé mental pour la population transgenre*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 35, Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits (CI-009M), Assemblée nationale du Québec.

Igartua, Karine et Richard Montoro, 2015, *Mémoire sur les enjeux de santé mentale pour la population transgenre*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-016M), Assemblée nationale du Québec.

Karasic, Dan, et Jack Drescher (dir.), 2005, *Sexual and Gender Diagnoses of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) : a reevaluation*, The Haworth Press, 161p.

Kristensen, Zoë, et Matthew R. Broome, 2015, « Autistic Traits in an Internet Sample of Gender Variant UK Adults », *International Journal of Transgenderism*, 16 :4, pp. 234-245.

Hubbard, Ruth, 1998, « Gender and genitals : constructs of sex and gender », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, 45-54.

Laporte, Sylvie, 1974, *Changement des actes de l'état civil face aux trans-sexuels*, Office de révision du Code civile : comité du droit des personnes et de la famille (D/C/184-1), Archives de l'Office de révision du Code civil du Québec, Université McGill, Montréal.

Laqueur, Thomas, 2013, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, 360p.

Lawrence, Anne, 2010, « Sexual Orientation versus Age of Onset as Bases for Typologies (Subtypes) for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), pp.514–545.

Lev, A. I., 2005, *Transgender emergence : Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*, Routledge.

Lev, Arlene Istar, 2009, « The Ten Tasks of the Mental Health Provider : Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), pp.74–99.

Levine, Stephen B. *et al.*, 1998, *The Standards of Care for Gender Identity Disorders*, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

Levine, Stephen B., 2009, « Real-Life Test Experience : Recommendations for Revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health », *International Journal of Transgenderism*, 11(3), pp.186–193.

Macé, Éric, 2010, « Ce que les normes de genre font aux corps / Ce que les corps trans font aux normes de genre », *Sociologie* 2010/4, Vol. 1, pp. 497-515.

Maingueneau, Dominique, 2012, « Que cherchent les analystes du discours? », *Argumentation et analyse du discours*, (9), pp.1-17

Martuccelli, Danilo, 2004, « Figures de la Domination », *Revue française de sociologie*, 2004/3, Vol. 45, pp.469-497.

Mathieu, Nicole-Claude, 1977, « Masculinité/féminité », *Questions féministes*, no. 1, pp.50-67.

Mathieu, Nicole-Claude, 1991, « Quand céder n'est pas consentir : des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes, et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie », *L'anatomie politique*, éditions côté-femmes.

Matte, Nicholas, Devor, Aaron H., et Vladicka, Theresa, 2009, « Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care : Background and Recommendations », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), pp.42–52.

McFarlane, Devon, 2015, *Literature Review to Support Health Service Planning for Transgender People*, Canadian Professional Association for Transgender Health.

McLauchlin, Matthew, 2015, *Mémoire ...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-012M), Assemblée nationale du Québec.

Meyerowitz, Joanne, 2002, *How sex Changed*, Harvard University Press

Meyer, Walter J., 2009, « World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care Requirements of Hormone Therapy for Adults with Gender Identity Disorder », *International Journal of Transgenderism*, 11(2), pp.127–132.

Meyer-Bahlburg, Heino F. L., 2009, « Variants of Gender Differentiation in Somatic

Disorders of Sex Development : Recommendations for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(4), pp.226–237.

Meyer-Bahlburg, Heino F. L., 2010, « From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism : Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), pp.461–476.

Michel, Aude, 2006, *Les troubles de l'identité sexuée*, Armand Colin, 127p.

Money, John et Clay Primrose, 1969, « Sexual dimorphism and the dissociation in the psychology of the male transsexual », dans Green, R. et John Money (dir.), *Transsexualism and Sex Reassignment*, Johns Hopkins University Press.

Monstrey, Stan, Vercruyse, Herman, et De Cuypere, Griet, 2009, « Is Gender Reassignment Surgery Evidence Based? Recommendation for the Seventh Version of the WPATH Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(3), pp. 206–214.

Nadal, Marie-José, 2016, « Les coopératives féminine de production au Yucatan : la recherche d'une identité sexuelle signifiante » dans Lamoureux, Diane (dir.), *Les limites de l'identité sexuelle*, Remue-Ménage, pp. 21-44.

Namaste, Ki, 1996, « Theory's Erasure of Transgender Subjectivity », *Queer Studies : A Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Anthology*, New York University Press, pp. 183-203.

Office de révision du Code Civil, 1975, *Rapport sur le nom et l'identité physique de la personne humaine*, Office de révision du Code civile : comité du droit des personnes et de la famille (XX/F/1), Archives de l'Office de révision du Code civil du Québec, Université McGill, Montréal.

Otero, Marcelo, 2003, *Les règles de l'individualité contemporaine*, les Presses de l'université Laval, 323p.

Otero, Marcelo, 2005, « Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine », *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42, 2005, pp. 65-89.

Pain, Rachel, 1991, « Space, sexual violence and social control : integrating geographical and feminist analyses of women's fear of crime », *Progress in Human*

Geography, 15 :4, pp. 115-131.

Parker, Ian, 1999, « Introduction : Varieties of Discourse and Analysis », dans Ian Parker et Bolton Discourse Network (dir.) *Critical Textwork : An Introduction to Varieties of Discourse and Analysis*, Open University Press, pp. 1-12.

Pauly, Ira, 1969, « Adult manifestation of male transsexualism », dans Green, R. et John Money (dir.), *Transsexualism and Sex Reassignment*, Johns Hopkins University Press.

Pauly, Ira, 1998, « Gender Identity and Sexual Orientation » dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.237-248.

Perron, Paul-André, 2016, « Le je, le nous. Heurs et malheurs du concept d'identité » dans Lamoureux, Diane (dir.), *Les limites de l'identité sexuelle*, Remue-Ménage, pp. 151-162.

Pour les droits des femmes du Québec, 2015, *La mention de sexe : toute la société est concernée*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-007M), Assemblée nationale du Québec.

Pullen Sansfaçon , Annie, 2015, « Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives », *Santé mentale au Québec*, , 40 :3, pp. 93-107.

Raymond, Janice, 1979, *L'Empire Transsexuel*, Éditions du Seuil, 256p.

Reed, B.W.D., 2008, « Medical care for gender variant young people : Dealing with the practical problems », *Sexologies*, 2008/7, pp.258-264.

Reucher, Tom, 2001, « Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique », *L'information psychiatrique*, 2011/4, Vol. 87, pp. 295-299.

Rioux, Jacques, 1978, « Le rôle du gynécologue dans la thérapie face au transsexuel » *Cahiers de sexologie clinique*, 4-19.

Rose, Nikolas, 2003, « Neurochemical selves ». *Society*, 41(1), pp.46-59.

Rosenfeld, Carole et Shirley Emerson, 1998, « A process model of supportive therapy for families of transgender individual », dans Dallas Denny (dir.), *Current concepts in transgender identity*, Garland Publishing, pp.391-400.

Saint-Pierre, Noël, 2016, « La population trans : oppression ou émancipation? », *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 16, pp. 79-89.

Sauvé, Jean-Sébastien, 2015, *Avis sur le projet de règlement...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-002M), Assemblée nationale du Québec.

Sauvé, Jean-Sébastien, 2015, « L'interdiction de discriminer les personnes trans* dans la Charte des droits et libertés de la personne : Pour son amélioration par l'ajout de l'« identité de genre » et de l'« expression de genre » à la liste des motifs de distinction illicites. », *Enfances, Familles, Générations*, (23), pp.108-126.

Schechter, Loren S., 2009, « The Surgeon's Relationship with the Physician Prescribing Hormones and the Mental Health Professional : Review for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care », *International Journal of Transgenderism*, 11(4), pp.222-225.

Serano, Julia, 2007, *Whipping Girl : A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*, Berkeley : Seal Press, 408 p.

St-Hilaire, Colette, 2016, « Crise et mutation du dispositif de la différence des sexes : regard sociologique sur l'éclatement de la catégorie de sexe » dans Lamoureux, Diane (dir.), *Les limites de l'identité sexuelle*, Remue-Ménage, pp. 57-85.

Stein, Edward, 2012, « Commentary on the Treatment of Gender Variant and Gender Dysphoric Children and Adolescents : Common Themes and Ethical Reflections », *Journal of Homosexuality*, 59 :3, pp. 480-500.

Stoller, Robert, 1968, *Recherche sur l'identité sexuelle*, Gallimard, 405p.

Stryker, Susan, 2004, « Transgender Studies : Queer Theory's Evil Twin », *QLG : A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 10 :2, pp. 212-215.

Stryker, Susan, 2006, « (De)Subjugated Knowledges : An Introduction to Transgender Studies », dans Susan Striker et Stephen Wittle *The Transgender Studies Reader*, Routledge, pp.1-17.

Susset, Françoise, 2015, *Consultations particulières...*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-004M), Assemblée nationale du Québec.

Teetzel, Sarah, 2006, « On Transgendered Athletes, Fairness, and Doping : an International Challenge », *Sport in Society*, 9 :2, pp.227-251.

Thomas, Maud-Yeuse, Karine Espineira, Arnaud Alessandrin, 2013, « De la Militance Trans à la transmission des savoirs : La place du sujet trans dans le lien social », *Le sujet dans la cité*, 2013/2, No. 4, pp. 132-143.

Thomas, Maud-Yeuse, 2010, « De la question trans aux savoirs trans, un itinéraire », *Le sujet dans la cité*, 2010/1, No. 1, pp. 120-129.

Thompson, D., 1991, *Reading between the lines: A lesbian feminist critique of feminist accounts of sexuality*. Spinifex Press.

Trottier-Gascon, Caroline, 2015, *Pour la pleine reconnaissance des identités trans*, Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de règlement relatif au Règlement sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil pour les personnes transsexuelles ou transgenres (CI-006M), Assemblée nationale du Québec.

Wells, K. et al., 2012, « Supporting Transgender and Transsexual Students in K-12 Schools : A Guide for Educators », Canadian Teachers' Federation, 68p.

Winter, Sam, 2009, « Cultural Considerations for the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care : The Asian Perspective », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), pp.19-41.

World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012, *Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme : 7ème version*.

Zucker, Kenneth J., 2010, « Reports from the DSM-V Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), pp.217-220.

Zucker, Kenneth J., 2010, « The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Children », *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477-498.

Zucker, Kenneth J., et Lawrence, Anne, 2009, « Epidemiology of Gender Identity Disorder : Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health », *International Journal of Transgenderism*, 11(1), pp.8-18.

Zucker, Kenneth J. et al., 2013, « Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5 », *Archives of Sexual Behavior*, 42, pp. 901-914.