



Les transformations des corps masculins et féminins dans le parcours de transsexualisation

Laurence Hérault

► To cite this version:

Laurence Hérault. Les transformations des corps masculins et féminins dans le parcours de transsexualisation. 2008. halshs-00255248

HAL Id: halshs-00255248

<https://shs.hal.science/halshs-00255248>

Preprint submitted on 13 Feb 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les transformations des corps masculins et féminins dans le parcours de transsexualisation

Laurence Hérault

Université de Provence. IDEMEC. Aix-en-Provence. France

herault@mms.h.univ-aix.fr

Dans toute histoire transsexuelle, il y a d'abord une certitude improbable, assez souvent précoce, qui vient mettre à mal une identité attribuée et mettre en porte à faux un corps très ordinaire : « j'avais trois ans, peut-être quatre lorsque je me rendis compte que j'étais né avec un corps qui ne me convenait pas et que j'aurais dû, en réalité, être une fille. Je me souviens bien de ce moment, c'est peut-être le plus lointain souvenir de ma vie. (...) Ce qui fit surgir en moi une idée aussi bizarre, je l'ai depuis longtemps oublié, mais ma conviction fut dès le début inébranlable. En apparence c'était une pure absurdité. (...) Selon tous les critères de la logique, j'étais évidemment un garçon. J'étais James Humphry Morris, de sexe masculin. J'avais un corps de garçon, je portais des vêtements de garçons. » (Morris, 1988, 11-12).

La situation telle qu'elle rapportée décrit un affrontement entre un sujet porteur d'une déclaration identitaire « je suis un garçon/fille » et son corps qui avancerait un message inverse « je suis femelle/mâle ». Cette inversion, conçue habituellement comme une contradiction bénéficie d'une définition médicale, le syndrome de transsexualisme. Celui-ci, aussi nommé syndrome de Benjamin, se caractérise par la conviction inébranlable d'appartenir à l'autre sexe associée à une demande impérieuse et permanente de modification physique du sexe, ceci en l'absence de toute anomalie physique ou psychique. Cette qualification médicale invite à un traitement particulier, la réassignation sexuelle. Cette réassignation est essentiellement une métamorphose corporelle, c'est-à-dire qu'elle propose la transformation du corps de façon à ce qu'il vienne soutenir la déclaration du sujet. En ce sens le sujet et son corps sont envisagés ici comme des partenaires qui doivent, au bout du compte, s'accorder. En même temps, la désignation du corps comme lieu d'intervention donne à celui-ci la place d'un simple matériau sur lequel il faut agir. La place du corps est donc ici double à la fois sujet et objet, interlocuteur et chose, et il va tour à tour être traité comme tel dans le programme de transsexualisation.

Le syndrome de Benjamin suppose une « épreuve de normalité » puisque les personnes ne doivent présenter aucune anomalie physique ou psychique. Le processus de transsexualisation va donc comporter une phase diagnostique où seront mises en doute les déclarations contradictoires du sujet et de son corps : chacun étant interrogé afin d'établir les raisons qui l'amènent à tenir un tel propos. Je ne vais pas ici développer cette mise à l'épreuve opérée par les psychiatres, les psychologues et les endocrinologues, mais plutôt m'attacher à la métamorphose elle-même. Comment l'entreprise de transsexualisation qui propose une transformation corporelle qui nous semble généralement radicale, se montre capable de produire des personnes adéquatement sexuées ? Quel regard nous offre-t-elle sur la manière dont les corps sexués sont envisagés dans notre société ? Comment faire du « sexe opposé » à partir d'une transformation corporelle ?

L'entreprise de transsexualisation : faire d'un autre corps un sexe opposé.

La transsexualisation telle qu'elle est mise en place dans la plupart des cliniques et hôpitaux spécialisés se déroule en deux temps : d'abord une hormonothérapie qui engage un certain nombre de modifications anatomiques puis une chirurgie qui accentue ces premières transformations. La prescription d'antiandrogènes et d'oestrogènes pour les MtF entraîne le développement de la poitrine, l'affinement de la pilosité et de la peau, la redistribution adipeuse et l'impuissance ; celle de progestatif et de testostérone aux FtM amène le développement de la pilosité, du clitoris et de la musculature, l'arrêt des menstrues et la modification de la voix. Cette première métamorphose chimique a donc deux effets majeurs : d'une part rendre les corps stériles (temporairement) et d'autre part, induire un certain nombre de modifications morphologiques de la puberté ordinaire. La chirurgie, quant à elle, va se concentrer sur les organes dits sexuels : pour les FtM (female to male) sont généralement réalisées mastectomie, hystérectomie et ovariectomie et parfois phalloplastie ou métoïdioplastie et scrotoplastie ; pour les MtF (male to female) sont proposées, orchidectomie, pénectomie, vaginoplastie, mammoplastie, plastie des lèvres et du clitoris, plastie de la pomme d'Adam, et assez souvent diverses opérations « facultatives » de chirurgie du visage et du corps (rhinoplastie, blépharoplastie, lifting facial, abrasion des arcades sourcilières, etc.). Selon la même logique que l'hormonothérapie, la chirurgie de transsexualisation vise à la stérilité (définitive) des corps et à la création d'un certain nombre d'organes des corps mâles et femelles.

Il semble y avoir des organes et des processus physiologiques à anéantir afin et avant de pouvoir en générer de nouveaux, ceux correspondants au sexe souhaité. Le programme de transsexualisation paraît se constituer ainsi autour d'une logique de *disqualification – requalification* : le corps altéré (temporairement puis définitivement) est d'une part exclu de sa classe sexuée (*disqualifié*), puis inscrit dans la nouvelle (*requalifié*) par création d'organes inédits. Cependant, les opérations signalées ici comme disqualifiantes (orchidectomie, pénectomie, ovariectomie, hystérectomie, mastectomie, etc.) n'excluent pas, habituellement, les individus de leur sexualité. Les corps stériles ou stérilisés, certains corps malades ou accidentés connaissent quelques unes des altérations que ces interventions provoquent sans pour autant se voir dépossédés de leur « identité sexuée ». Subir une mastectomie ou une hystérectomie à la suite d'un cancer ou encore perdre ses testicules et tout ou partie de son pénis accidentellement n'entraîne pas une exclusion du sexe d'origine : le corps est toujours reconnu comme féminin ou masculin. Il peut, certes, être conçu comme « déficient » ou « incomplet » et donc être « embarrassant », mais il n'est en aucun cas écarté de sa classe d'appartenance. En ce sens, on peut le considérer comme *déqualifié* plutôt que *disqualifié* : les opérations « mutilantes » proposées lors du changement de sexe correspondent plus à une « perte de qualité » qu'à une véritable exclusion de la sexualité d'origine. Pourtant ces opérations prennent dans le cadre de la transsexualisation un autre relief : contrairement à la plupart des situations pathologiques ou accidentelles évoquées précédemment, les interventions mutilantes sont ici multipliées : ce n'est pas l'une ou l'autre qui est réalisée mais un *ensemble* d'opérations qui concerne notamment *tous* les organes qui participent à la reproduction. Il y a donc une volonté d'annihiler cette fonction corporelle essentielle à la définition de mâle ou de femelle. Quand on ne possède plus *aucun* des organes dits justement « génitaux », il semble qu'on soit quelque peu privé de sa sexualité.

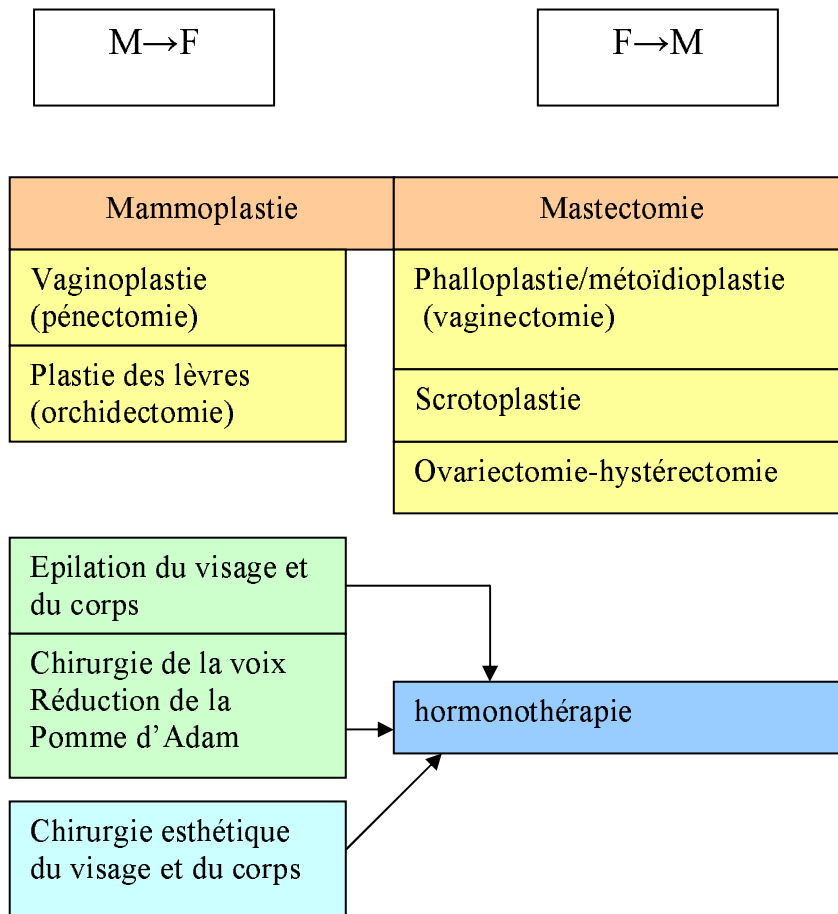
Mais l'effet disqualifiant ne vient pas seulement de cette « complétude » des lésions corporelles, elle vient peut-être surtout de leur association avec l'acquisition partielle des qualités du sexe souhaité. Ces mutilations sont, en effet, combinées ou précédées par

l'hormonothérapie qui permet, on l'a vu, d'obtenir un certain nombre de caractères sexuels (notamment secondaires) de celui-ci. En ce sens, elle engage déjà le processus de transformation vers son objectif de requalification dans l'autre sexe. Cette trajectoire qui enchevêtre complétude des ablations et obtention de traits sexués recherchés donne au corps un caractère ambigu au regard de la bi-catégorisation ordinaire : il devient difficile de le classer dans l'un ou l'autre sexe. La transsexualisation suppose ainsi un état transitoire où le corps possède certains seulement des attributs de chaque sexe, et il semble que ce soit cet état qui entraîne la disqualification véritable de la classe de sexe d'origine : quand le corps a perdu certaines de ses qualités essentielles initiales et acquis quelques unes de celles reconnues aux corps classés dans le « sexe opposé », alors il est très évidemment exclu de sa catégorie originelle. Quand un corps, par exemple, n'a plus d'utérus et d'ovaires et présente conjointement une barbe naissante, un système pileux « étendu » et un clitoris allongé, il est détaché véritablement de son ancrage féminin premier. Ce corps n'est pas cependant ipso facto inclus dans la catégorie alternative, les opérations de requalification semblent ici essentielles : elles viennent achever le parcours et redonner un statut au corps modifié. Un corps émasculé et disposant d'une poitrine naissante n'est certes plus un corps masculin mais pas non plus un corps féminin ; pour se dire tel il lui faudra subir une série d'opérations qui anéantiront définitivement son ambiguïté. Le corps requalifié n'est ainsi pas nécessairement un corps complet, il est avant tout un corps clairement catégorisable.

Autrement dit la transsexualisation ne présente pas un cheminement linéaire, comparable par exemple à ce que Van-Gennep avait imaginé pour les changements statutaires avec la ritualité de passage. On ne peut distinguer clairement une étape de séparation, puis une étape de marge et enfin une étape d'intégration. Le processus de disqualification-requalification est nettement plus composite, car les opérations qui semblent a priori requalifiantes (qui créent de nouveaux organes ou des traits inédits) précèdent non seulement certaines opérations « mutilantes » mais excluent, en outre, tout autant que les précédentes de la classe d'origine. Autrement dit, la procédure de transsexualisation se constitue selon une logique plus paradoxale que prévue. Par ailleurs, le corps obtenu n'est pas en tous points conforme au « standard » : il possède seulement quelques attributs essentiels à sa qualification dans sa nouvelle classe. En ce sens, le corps transsexué est plus conformiste que conforme : sa légitimité tient dans le fait qu'il confirme et réaffirme la validité et l'efficacité de la catégorisation sexuelle.

Genèse asymétrique des corps mâles et femelle

J'ai considéré jusqu'alors la transsexualisation comme un processus unique, mais elle comprend en fait deux parcours qui ne présentent pas tout à fait les mêmes caractéristiques et donnent une image contrastée de la genèse des corps mâles et femelles. On a évidemment compris que, dans les transformations FtM et MtF, les corps ne subissent pas les mêmes interventions, mais c'est surtout le déroulement et les exigences de chaque processus de transformation qui sont intéressants à questionner. Une simple comparaison des interventions proposées aux unes et aux autres montrent à la fois des étapes concordantes (les opérations de stérilisation) ou inversées (mastectomie/mammoplastie, révélation/annihilation de la pilosité) mais aussi des phases divergentes où le nombre et le type d'interventions sont contrastés.



On remarque notamment que les opérations concernant les organes génitaux sont plus nettement associées chez les MF que chez les FM. Ceci est dû à la logique substitutive des techniques employées qui est plus marquée dans le cas de la vaginoplastie que dans celui des phalloplasties et métoïdioplastie. Les opérations stérilisantes dans le parcours MtF sont réalisées conjointement avec la plastie vaginale. En revanche, dans le parcours FtM, ces opérations sont accomplies séparément des interventions reconstructives : on utilise parfois le vagin mais en aucun cas l'utérus ou les ovaires. Les techniques de phalloplastie n'utilisent la paroi vaginale que pour l'allongement de l'urètre, celle-ci ne permet pas de former véritablement le pénis qui est construit généralement à partir d'un lambeau de bras. Les métoïdioplasties sont plus substitutives dans la mesure où le clitoris sert à la formation du pénis mais son dégagement et son allongement est limité de telle sorte qu'on obtient seulement un micro-pénis (la paroi vaginale servant, elle aussi, à la constitution de l'urètre). En outre, les techniques de phalloplastie, moins assurées que les vaginoplasties, ne donnent pas toujours des résultats fiables et satisfaisants, si bien que de nombreux FtM hésitent à les

réaliser. De telles interruptions entraînent alors une dissociation encore plus évidente des différentes interventions mais surtout entravent les possibilités concrètes de requalification des corps FtM. En l'état actuel des techniques, il semble ainsi nettement plus difficile pour un corps femelle d'obtenir des organes mâles à partir de ses propres organes que l'inverse. Autrement dit, dans le cadre de la transsexualisation, les capacités productives des corps mâles seraient supérieures aux capacités productives des corps femelles : les premiers se montreraient capables d'engendrer les seconds alors que l'inverse présenterait des difficultés. Ce qui sous-entend également que les corps femelles sont plus aisés à fabriquer, qu'ils ne présentent pas de difficultés majeures pour la chirurgie.

Cette difficulté a été interprétée par Marjorie Garber comme « un fait plus politique que médical » c'est-à-dire que, pour elle, la transsexualisation accorde un privilège implicite au phallus et se montre par le fait même sexiste. De même, Beatriz Preciado affirme que « les techniques de la masculinité et de la féminité sont truquées : la masculinité se réalise selon un modèle hermaphrodite qui permet le passage du pénis au vagin ; la féminité obéit à un modèle de production du sexe irréversible où la reproduction ne peut se faire en dehors de l'utérus ». (Preciado, 2000, 90-91)

Mais cette asymétrie doit être analysée à la fois plus globalement et plus finement. D'abord, il est un peu abusif de ne la renvoyer qu'à une question idéologique. Cette dimension est certes présente, ici comme ailleurs, mais la chirurgie est aussi et fondamentalement un acte technique, qui comme tous les autres est soumis à un certain nombre de contraintes multiples dues au matériau, à ses caractéristiques et ses résistances, et à la disponibilité d'outils pour le traiter. De ce point de vue, il semble que l'équivalence pénis/vagin proposé dans la vaginoplastie n'est pas exploitable techniquement pour la phalloplastie du fait de l'atrophie vaginale observée chez les FtM. C'est plutôt ici l'équivalence clitoris/pénis qui semble plus « exploitable », mais la taille du pénis est alors en question. De manière générale d'ailleurs, la façon d'envisager les fonctions de ces organes est fondamentale pour l'évaluation de ceux qu'on fabrique dans le cadre de la transsexualisation.

Par ailleurs, s'il y a bien une difficulté de la genèse des corps FtM pour ce qui concerne la production des organes dits génitaux, il en est tout autrement pour le reste du corps et notamment pour ce qui concerne la mise en place de ce qu'on nomme habituellement les caractères sexuels secondaires. Si l'on se réfère effectivement au tableau précédent, les corps MF subissent finalement de nombreuses interventions, hors la zone génitale, que ne semblent pas connaître les corps FM : épilation définitive, chirurgie de la pomme d'Adam et de la voix et même diverses opérations de chirurgie du visage et du corps qui, bien que facultatives, sont proposées aux MF pour « féminiser » leur apparence. Voici, à titre d'exemple, ce que propose en la matière, une clinique canadienne :

« FÉMINISATION DU VISAGE ET DU CORPS. Afin de féminiser vos traits vous pouvez recourir à une ou plusieurs des interventions suivantes : rhinoplastie, blépharoplastie, lifting facial, implants malaires, abrasion des arcades sourcilières, implant menton, injection restylane, liposuccion, otoplastie, implants pectoraux et aux mollets. » (Clinique GRS. Montréal. <http://www.grsmontreal.com>).

Cette chirurgie esthétique semble inutile dans le cas des FM en raison des effets de l'hormonothérapie :

« INTERVENTIONS ESTHÉTIQUES VIRILISANTES. Il est rarement nécessaire de recourir à des interventions esthétiques virilisantes pour le transsexuel en raison des caractères sexuels

secondaires marqués qu'induit la testostérone. Toutefois afin d'améliorer la définition musculaire, il est possible de recourir à des implants aux mollets ou aux pectoraux. » (Clinique GRS, Montréal. <http://www.grsmontreal.com>)

S'il est vrai que les indices corporels de virilité que sont la pilosité, le développement musculaire et la gravité de la voix sont obtenus via le traitement hormonal et ne nécessitent donc pas d'interventions chirurgicales, on reste tout de même étonné par la liste des opérations proposées aux MtF car la plupart s'appliquent ordinairement aux corps masculins sans apparaître comme des opérations « féminisantes » : qu'on pense notamment à la modification de la taille ou du profil du nez, au recollement des oreilles, à la suppression des poches graisseuses des paupières, au lifting facial, à l'accroissement des pommettes, à la modification du menton, à l'effacement des rides et des plis entourant la bouche ou encore à la liposuccion. On est là simplement confronté à des opérations qui ont pour objectif « d'embellir » le corps, notamment en gommant les effets de son vieillissement. Autrement dit, ces opérations ne semblent « féminisantes » que dans la mesure où la contrainte esthétique s'applique généralement de manière plus importante à l'égard des corps féminins que masculins. On sait bien d'ailleurs que la clientèle de la chirurgie esthétique est très largement féminine même si les hommes y recourent de plus en plus. Dans le cadre de la transsexualisation, il n'est donc guère étonnant que les corps qui prétendent être féminins soient confrontés aux mêmes exigences esthétiques et se voient proposer une surenchère d'interventions chirurgicales. Ceci a bien évidemment son importance du point de vue de notre comparaison des parcours FtM et MtF, car l'inégalité productive que nous avons observée pour les organes génitaux paraît ici s'inverser : il est plus aisé (la testostérone y suffit) de produire un corps viril qu'un corps féminin, ce dernier nécessitant un modelage plus poussé qui ne semble pouvoir être obtenu que par l'intermédiaire de la chirurgie.

Ce « rééquilibrage » ne signe pas, cependant, l'équivalence des corps et des procédures. Les corps MtF acquièrent plus aisément leur caractère *femelle* et les corps FtM plus difficilement leur caractère *mâle* (entendons par là la dimension génitale des corps) quand les corps MtF ont plus de difficulté à obtenir leur caractère *féminin* et les corps FtM plus de facilité à acquérir leur caractère *masculin* (entendons par là l'ensemble des traits reconnus comme marqueurs de féminité et de masculinité). Les deux constitutions corporelles sont donc doublement asymétriques : leur mode d'élaboration et leur agencement les particularisent. Finalement, le processus de transsexualisation suggère que la distinction entre corps féminin et masculin ne tient pas seulement à la disposition d'organes ou de traits spécifiques, elle tient également à la manière singulière dont ils se construisent : cette fabrication asymétrique et les aptitudes caractéristiques qu'elle suppose, assurant l'hétérogénéité des deux types de corps.