

LA CLINIQUE FACE AUX ENJEUX SOCIAUX :
PARCOURS MIGRATOIRES ET
TRANSIDENTITÉS





UNIVERSITÉ DE NANTES



Manuela BENICHOU
Marie LONCHAMBON
Soline MAILLARD
Zéphyrine VASSEUR

Master 2 de Psychologie Clinique et Psychopathologie Intégrative (PCPI)
Université de Nantes

Travail encadré par Delphine ROMMEL, Maître de Conférence en Psychologie
Clinique et Psychopathologie

Couverture réalisée par Anna-Luz Pueyo

Revue publiée le 29 juin 2021

PRÉFACE



Ce projet naît d'un constat simple : il existe un manque de considération des enjeux sociaux dans les formations universitaires en psychologie. Toutes les quatre étudiantes en Master 2 de Psychologie Clinique et Psychopathologie Intégrative (PCPI) à l'Université de Nantes, nous nous sommes questionnées sur la capacité de nos espaces d'accueil à tenir compte des aspects sociaux ayant un impact sur notre positionnement professionnel. De nos expériences de stage, des rencontres avec des professionnel·le·s, ne sachant pas toujours où rechercher de l'information, de la confrontation avec des théories véhiculant divers stéréotypes mais surtout, par les nombreux témoignages de patient·e·s ayant subis des discriminations dans les espaces de soins, nous avons eu envie de nous sensibiliser et de nous questionner ensemble face à ces enjeux. La transmission de listes de psychologues qualifié·e·s de "safe" (sans danger) à travers des associations de personnes concernées, dans les milieux LGBTQI+ ou la recherche de psychologues "situé·e·s" (Laborie, 2021) sont encore un argument soutenant la nécessité grandissante d'un regard critique face à nos apprentissages. L'accompagnement de personnes issues de minorités sociales mérite donc d'interroger nos pratiques et leurs évolutions. Pour cela nous nous sommes intéressées à deux thèmes : l'accompagnement des personnes migrantes, et de celles concernées par les transidentités ou les questionnements de genre. Plus largement, les grands principes que nous pourrions retirer de la pluralité des regards proposés au sein de cette revue ont pour volonté d'être applicables à l'ensemble des minorités.

Selon la définition reconnue de Capotorti (cité dans Organisation des Nations Unies, 2010), nous considérons par le terme de minorité, "un groupe numériquement inférieur au reste de la population d'un État, en position non dominante". Au-delà des facteurs premièrement admis tels que les minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, il importe aujourd'hui de tenir compte d'autres minorités comme celles liées à l'identité genrée qui sont à l'origine de nombreuses discriminations (Organisation des Nations Unies, 2010).

Ces discriminations sont en jeu en ce qui concerne la santé mentale des personnes migrant·e·s, et des populations LGBTQI+. Nous le savons, ces publics ont un état de santé significativement plus altéré (Bostwick, Boyd, Hughes, West, & McCabe, 2014 ; Cagnet, Hamel, & Moisy, 2012). Ces constatations sont en partie le produit d'inégalités sociales et d'un phénomène d'usure en matière d'accès au soin (Aiach, 2010).

L'accueil de personnes issues de minorités sociales s'inscrit dans les principes cliniques de la profession de psychologue. Si le·la psychologue idéal·e et adapté·e à toutes et tous n'existe pas c'est que notre cadre de travail dépend avant tout d'une rencontre entre deux (ou plusieurs) personnes humaines (Chambon & Marie-Cardine, 2014). Cela implique une considération de l'autre dans sa singularité et son impossibilité à être réduit·e à son appartenance à un groupe social. Le·la psychologue fait la proposition d'un lien suffisamment contenant et sécurisant pour y aborder une souffrance (Sein, 2020) dans une posture bienveillante.

Les situations réelles peuvent empêcher l'accès à ces soins. Du côté des sujets à la recherche d'un soutien psychologique, divers facteurs, comme la précarité financière, la barrière de la langue ou la peur de souffrir à nouveau de discriminations systémiques sont susceptibles de faire obstacle (Rivenbark & Ichou, 2020).

Afin de contourner ces potentiels obstacles à la relation, le-la psychologue se doit de développer une flexibilité dans les moyens d'actions choisis, décrite par Sein (2020) comme une démarche d'aller-vers l'autre. Il s'agit de sortir du cadre habituel de nos interventions et de nos propres représentations du soin psychique ; de développer nos capacités de créativité et d'inventivité pour entrer en contact avec un sujet dans sa globalité (Conrath & Ouazzani, 2020). Si les théories peuvent s'avérer porteuses de préjugés, la rencontre clinique vise à s'en détacher pour se recentrer sur la singularité et l'irréductibilité de l'être humain.

Pour aborder ces problématiques, des intervenant-e-s issu-e-s de disciplines diverses apporteront leurs éclairages dans cette revue. La première partie concernera les enjeux liés à l'accompagnement de personnes en situation de migration. De la considération de leurs vulnérabilités à leurs parcours le plus souvent traumatiques, les différent-e-s acteur-ice-s de cette revue tenteront de mettre en lumière quelles sont les spécificités de ce public et leurs besoins en termes de soins psychiques. Dans un second temps, cette revue sera consacrée aux minorités de genre et plus particulièrement aux enjeux transidentitaires, dont la visibilité est actuellement grandissante. Après un état des lieux concernant les préjugés et leurs impacts, différents dispositifs d'accompagnements inclusifs et adaptés à ces enjeux seront présentés.

Pour conclure, l'objectif de cette revue est de sensibiliser les professionnel-le-s et les étudiant-e-s en psychologie aux enjeux liés à l'accompagnement de personnes issues de minorités sociales en proposant un espace de réflexion. Elle propose des points de vue pluridisciplinaires et complémentaires dans le but de faire évoluer les considérations cliniques des carcans culturels dans lesquels nous nous ancrons en tant que psychologue et en tant que membre d'une société.

Nous tenons à remercier Madame Delphine Rommel d'avoir accepté d'encadrer ce projet et pour son soutien tout au long de sa réalisation. Nous remercions les auteurs et autrices ayant participé à son élaboration pour leur confiance. Nous adressons également nos remerciements aux artistes dont vous pourrez admirer les œuvres dans ces pages. Enfin, merci à vous lecteurs et lectrices pour votre intérêt ! Bonne lecture !

Manuela, Marie, Soline et Zéphyrine

BIBLIOGRAPHIE

- Aiach, P. (2010). Les inégalités sociales de santé : écrits. *Economica Anthropos*.
- Berchet, C., & Jusot, F. (2012) État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français, *Questions d'économie de la santé*, 172, 1-8.
- Bostwick, W., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T. et McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 35-45. <https://doi.org/10.1037/h0098851>
- Capotorti, F. (1977). Study on the Rights of Persons belonging to Ethnic, Religious, and Linguistic Minorities, U.N. Doc. E/CN.4/Sub.3/384/Add.1-7.
- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (2014). Chapitre 3. Le thérapeute et la relation thérapeutique. In *Les bases de la psychothérapie*. Vol. 3e éd. (p. 59-108). Dunod ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-bases-de-la-psychotherapie--9782100708031-p-59.htm>
- Cognet, M., Hamel, C. & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2), 11-34.
- Conrath, P., & Ouazzani, M. (2020). Singularité du sujet, singularités des pratiques. *Le Journal des psychologues*, 376(4), 14. <https://doi.org/10.3917/jdp.376.0014>
- Laborie, C. (2021, 5 mars). Noir, femme, gay ou musulman. . . De plus en plus de patients veulent un psy qui leur ressemble. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2021/02/19/noir-femme-gay-musulman-de-plus-en-plus-de-patients-en-quete-d-un-psy-qui-leur-ressemble_6070579_4497916.html
- Organisation des Nations Unies. (2010). *Droit des minorités : Normes internationales et indication pour leur mise en œuvre*. Repéré à : https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MinorityRights_fr.pdf
- Rivenbark, J. G., & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care: Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>
- Sein, L. (2020). Prise en charge de patients dans des lieux atypiques: Psychologue au sein d'une Équipe mobile psychiatrie précarité. *Le Journal des psychologues*, 376(4), 22-27. <https://doi.org/10.3917/jdp.376.0022>

SOMMAIRE

8

VULNÉRABILITÉS ET DEMANDE D'ASILE

Nicolas CHAMBON,
Gwenn LE GOFF

28

ACCUEILLIR LES EXILÉS EN FRANCE : LA PLACE DES ENGAGEMENTS CITOYENS

Estelle D'HALLUIN

14

L'EXPÉRIENCE DU DÉPLACEMENT

Pascale RUFFEL

31

INTERVIEW : RENCONTRE AVEC REBECCA VINESSE, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

18

LES DJINNS PARLENT PLUSIEURS LANGUES

Véronique HUQUELEUX

35

(FAIRE) FACE À LA VULNÉRABILITÉ

Nicolas CHAMBON,
Gwenn LE GOFF

22

CLINIQUE DE L'EXIL, CLINIQUE DU TRAUMA COMPLEXE COMMENT ACCUEILLIR LE PUBLIC MIGRANT ?

Laëtitia CUISINIER CALVINO



41

**PRÉJUGÉS ET REPRÉSENTATIONS
SOCIALES AUTOUR DE LA
TRANSIDENTITÉ**

Raven BUREAU,
Julie DACHEZ

46

**L'ACCUEIL DES PERSONNES
TRANS EN CONSULTATION PSY :
LES ÉCUEILS DE PRATIQUES
CISNORMATIVES**

Eliot SÉVRICOURT

54

**INTERVIEW : RENCONTRE AVEC
AGNÈS CONDAT,
PÉDOPSYCHIATRE**

60

**TRANSIDENTITÉS ET STRESS DE
MINORITÉ**

Raven BUREAU,
Vincent WAGNER

64

**UNE PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE
INCLUSIVE ET
TRANSAFFIRMATIVE POUR LES
JEUNES NON CISGENRES**

Denise MEDICO,
Annie PULLEN SANSFAÇON

72

**PRÉSENTATION DU DISPOSITIF
TRANS-E : UNE INTERVENTION DE
PSYCHOLOGIE
COMMUNAUTAIRE**

Florence BIGEY,
Raven BUREAU

76

**RECOMMANDATIONS PRATIQUES
POUR DES PSYCHOTHÉRAPIES
ADAPTÉES AUX PERSONNES
TRANS**

Associations Nosig et Reboo-T

MIGRATION



VULNÉRABILITÉS ET DEMANDE D'ASILE

Nicolas CHAMBON, sociologue et maître de conférence associé à Lyon 2, responsable de la recherche à l'Orspere-Samdarra (CH Le Vinatier), Centre Max Weber (UMR 5283 CNRS), Directeur de publication de la revue Rhizome.

Gwen LE GOFF, politiste et directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra (CH Le Vinatier), Laboratoire Triangle.

Le tableau est inquiétant : alors qu'en 2013 le Dispositif National d'Accueil (DNA) et les dispositifs en santé paraissaient déjà débordés (Chambon, 2013) devant l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile, 8 ans après et depuis une certaine « crise migratoire », le constat s'est aggravé. De nombreux migrants, pour une grande majorité déboutés de l'asile, se retrouvent dans les dispositifs pour précaires, notamment dans les centres d'hébergement ; souvent avec des problématiques de santé mentale. De plus, l'actualité autour de la crise de l'accueil, la médiatisation des campements de la région parisienne viennent de nouveau thématiser les problématiques d'accès au soin pour ces migrants.

L'actualité porte aussi sur l'importance donnée à la prise en compte des vulnérabilités des migrants dès leur arrivée ; notamment dans une perspective administravo-juridique (d'Halluin, 2016). Au regard de ce contexte, cet article traite des vulnérabilités des migrants, et plus précisément ce qu'« en disent » et ce qu'« en font » les aidants (ici les intervenants, bénévoles, ou même professionnels « engagés » des institutions). Cet article s'appuie principalement sur un groupe de travail mené dans le cadre de l'Orspere-Samdarra. En effet, au regard des interrogations

sur la notion de vulnérabilité, un séminaire de réflexion interdisciplinaire et régional s'est tenu en Auvergne-Rhône-Alpes [1].

1. Vulnérabilités des demandeurs d'asile

► Une procédure précarisante et un contexte vulnérabilisant

Avant toute chose, explicitons en quoi le contexte vulnérabilise. Les crises politiques, environnementales, les conflits peuvent être les causes du départ et engendrer la précipitation de la migration, parfois sans projet préétabli. Les routes migratoires sont aussi devenues de plus en plus dangereuses, voire mortelles (Ritaine, 2015). Surtout, les soutiens s'alarment de plus en plus de la situation des migrants primo-arrivants, demandeurs d'asile et réfugiés (Médecins Du Monde, 2017). La procédure d'asile vulnérabilise, par sa lourdeur mais aussi par les conditions de vie qu'elle engendre, notamment du fait des conditions d'hébergement. L'impossibilité de travailler le temps que dure la procédure, l'importance du taux de refus [2], participent à cette précarisation. Un aspect nouveau, selon les opérateurs de l'asile : avoir le statut de réfugié ne signifie pas forcément une sortie de la précarité. En effet, une fois cette procédure terminée, certains ne

[1] Six rencontres, gratuites et ouvertes aux personnes intéressées ont été organisées dans différentes villes de la région de mai à décembre 2017. Ce cycle de séminaire de réflexion a été conclu par une journée d'étude, intitulée « Vulnérabilités et demande d'asile », qui s'est déroulée le 6 décembre 2017 à l'Université Lumière Lyon II.

[2] 76,4% à l'OFPPA en 2019.

parlent pas français et se retrouvent pénalisés sur le marché du travail. Effet négatif de l'accélération des procédures pour certains demandeurs d'asile : ils obtiennent leur statut plus vite et n'ont pas eu le temps d'être accompagnés par les travailleurs sociaux des dispositifs de l'asile. Des jeunes de moins de 25 ans sortent de centre d'hébergement dans des situations très précaires, ne pouvant à cet âge bénéficier du Revenu de Solidarité Active.

Les professionnels, qu'ils soient du champ de l'asile ou de la précarité, sont unanimes sur le constat d'une précarisation des migrants primo-arrivants. La réforme de l'asile a eu des effets pervers, notamment lié à l'attente dans les Plateformes d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA) et aux guichets uniques (GU). Dès la fin de 2016 les moyens des PADA ont vite été en sous capacité et les réajustements se sont imposés sans moyens supplémentaires pour faire face. Les délais de rendez-vous pour les demandeurs d'asile pour se présenter au Guichet Unique de Demande d'Asile (GUDA) ont commencé à croître. En l'absence de rendez-vous les requérant n'ont évidemment pas de titre de séjour, un accès différé à l'allocation demandeurs d'asile (ADA), une absence de prise en charge des frais de santé, et surtout pas d'hébergement substitutif dans le droit commun saturé....

► Un accompagnement "réduit"

Quand la proposition d'hébergement arrive, l'orientation est soit faite vers un CADA ou des dispositifs d'hébergement d'urgence (HU, ATSA, PRAHDA, etc.). Dans ces derniers dispositifs, le taux d'encadrement est moindre. De ce fait il y a moins d'accompagnement social. Conséquence directe : La capacité des équipes pour accompagner est donc diminuée, de même que celle à prendre soin des plus fragilisés.

Les intervenants sociaux du DNA se retrouvent alors en difficulté. Pour une intervenante sociale « le travail des équipes du CADA devient plus administratif et elles ont moins de temps à consacrer au collectif et à calmer les tensions inhérentes à la vie en collectivité. Trois postes ont été perdus en trois ans avec vingt places de plus. Compte-tenu du public accueilli, le CADA devrait être à un ETP pour dix personnes accueillies mais il est aujourd'hui à un pour vingt ». Selon elle son travail se résume alors à la « gestion des urgences, des conflits et des crises », dans un contexte où selon un opérateur de l'asile le profil des requérants change. Ils sont « peut-être plus nombreux, de plus en plus isolés, de plus en plus jeunes, allophones, avec des faits générateurs du départ de plus en plus violents, des routes d'exil de plus en plus infréquentables, et des parcours de plus en plus longs et complexes ».

► Une souffrance psychique massive

Au regard de ce contexte, la vulnérabilité de la personne migrante liée à l'expérience qui est à la sienne et aux conditions de vie auxquelles elle est exposée devient saillante et mobilise de nombreux acteurs. Les professionnels du champ de l'asile sont ainsi en « première ligne de la souffrance des demandeurs d'asile » (Le Goff & Zeroug-Vial, 2017). Mais ce sont aussi les dispositifs de « santé mentale » qui vont être sollicités par les migrants et/ou les aidants. Pour les demandeurs d'asile, qui n'ont donc pas encore le statut de réfugié, les chiffres de prévalence du syndrome de stress post-traumatique varie de 30 à 50%. Aujourd'hui, en France, c'est surtout le rapport du Comede (Comité Médical pour les Exilés) qui fait référence [3] pour les professionnels d'un point de vue épidémiologique. Il en ressort que : « parmi les maladies graves ainsi dépistées et diagnostiquées par les médecins et psychologues, les psycho-traumatismes représentent près d'un tiers des cas (31% entre 2007 et 2013) ».

[3] <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>

À la Permanence d'Accès aux Soins et de Santé (Pass) de l'hôpital du Vinatier, sur une patientèle de 1000 personnes environ, 98% sont des migrantes. Selon le psychiatre, parmi ceux qu'il reçoit « 60% souffrent de stress post-traumatique ou de psychopathologie réactionnelle à des événements de vie. Les 40% restant se partagent pour moitié entre psychoses chroniques et autres formes de psychopathologies ». Dans l'écrasante majorité des cas, les patients reçus donnent pour raison de leur émigration des persécutions liées à leur engagement politique, leurs convictions religieuses, leur orientation sexuelle ou des conflits graves tournant autour de questions de succession ou de cadastre. Outre le traumatisme psychique qui les a conduits à émigrer, ils ont la plupart du temps enduré des conditions de voyage et d'accueil terribles : violences physiques, abus sexuels, spoliations financières, vie à la rue, etc. "

2. Prendre en compte la personne migrante et sa vulnérabilité (ou l'inverse)

► Un cadre contraignant et paradoxal

Pour les instances administrativo-juridiques, cette volonté d'identifier au mieux les vulnérabilités semble correspondre à deux volontés. La première est une manière de personnaliser la procédure et donc de cadrer avec l'individualisation des migrations, et ainsi la rendre plus « performante ». Il s'agit de mieux descendre en singularité ; de viser à une certaine efficacité. Mais on touche là un paradoxe où il faut critériser des « espèces » de vulnérabilités pour viser en conséquence à adapter l'hébergement et l'accompagnement à l'état de vulnérabilité. Par exemple, pour Charles Candillier, médecin coordinateur de l'Office Française de l'Immigration et de l'Intégration (Ofii), « les personnes ayant un handicap moteur sont

orientées vers des structures équipées (ascenseurs, logements avec possibilité de chaise roulante, etc.) ».

Mais la seconde volonté est de distinguer les rapports qu'entretiennent la vulnérabilité, notamment psychique, avec l'histoire qui est censée « valoir » asile. Pour Coralie Capedeboscq, référente vulnérabilités à l'Ofpra, « les causes des troubles psychiques ou mentaux peuvent être exogènes aux motifs pour lesquels les demandeurs qui en souffrent ont dû fuir leur pays, ou trouver au contraire, leur origine dans les violences à caractère politique, ethnique, religieux, ou bien sociétal et liées au genre dont les personnes concernées ont pu être victimes dans leur pays et sur les routes de l'exil. Cependant, quelles que soient leurs causes, ces troubles impactent l'examen de leur demande par l'OFPRA. En effet, des séquelles psychiques peuvent constituer un indicateur, certes ambivalent, des violences graves que le demandeur d'asile a possiblement subies avant son exil et doivent, dès lors, être prises en compte dans l'évaluation de ses craintes à regagner son pays ; et des troubles mentaux entravent la capacité de celui ou celle qui en souffre à présenter les motifs de son besoin de protection internationale de manière appropriée, cohérente et précise. » (Orspere-Samdarra, 2017). Il y aurait un enjeu à distinguer ce qui serait de l'ordre d'une « bonne vulnérabilité » en lien avec la condition de victime dans le pays d'origine, d'une autre, liée aux conditions d'accueil, moins légitime à être appréhendée dans le cadre de la procédure.

Pour Charles Candillier « l'Ofii cherche à identifier les plus vulnérables parmi les vulnérables afin de leur permettre d'obtenir le plus rapidement un hébergement ». Ce souci des vulnérables navigue entre gestion et compassion. On demande d'ailleurs des compétences aux professionnels de guichet qui confère à un sacré exercice d'équilibriste

« Toute la finesse de l'entretien des auditrices consiste à ne pas poser la question [de la santé] directement afin d'essayer d'avoir une idée sur l'état de la personne sans générer la demande chez le demandeur d'asile. Cela va dépendre des qualités humaines des auditrices, de leur professionnalisme qui, sans être dans l'analyse, vont permettre un dépistage / une identification des problèmes les plus sérieux qui nécessitent une orientation ». Ces professionnelles sont attendues comme « enquêtrice » et doivent ici évaluer ce qui est de l'ordre d'un problème, notamment de santé, le temps de l'entretien.

► Le « sale boulot » : choisir les plus vulnérables, parmi les vulnérables

Depuis l'application de la réforme, à l'issue du rendez-vous au GUDA, les auditeurs de l'Ofii lorsqu'ils estiment qu'il peut y avoir une « vulnérabilité subjective » orientent les demandeurs d'asile vers un professionnel de santé. Pour ce faire ils remettent à la personne ce que certains appellent un « kit médical » comprenant un « certificat médical confidentiel [4] » à faire remplir par un médecin et à remettre au médecin coordonnateur de zone de l'Ofii, en vue d'une évaluation. Dans le cadre de l'échange avec deux professionnels de guichet, on comprendra qu'elles donnent des « kits » à plus de 50% des requérants.

Alors que le demandeur d'asile se présente au professionnel de santé en présentant son certificat à remplir, du côté des professionnels de santé, il existe un réel malaise à le rédiger. Certains critiquent une instrumentalisation de la pratique clinique à des fins politiques et dénoncent le risque de discriminer certains demandeurs d'asile par rapport à d'autres. Certaines Pass ont refusé comme certaines ONG [5]. de participer à cette « sélection ». À titre individuel, certains soignants acceptent toutes les demandes alors que d'autres les refusent .

systematiquement. En effet, alors que le DNA est saturé, sur de nombreux territoires il n'est pas tant question « d'ajustement » de l'hébergement mais d'accès (ou non) à un toit. Sur quels critères estimer qu'un patient est plus vulnérable qu'un autre ? Comment le soignant prend en compte la probabilité que l'état de santé de l'un se dégrade plus qu'un autre lors d'un séjour à la rue ? Le médecin de l'Ofii à partir du certificat émet un avis à partir de 4 niveaux : priorité vitale, haute, moyenne ou faible. Sur la zone de Lyon en 2016, il y a eu 8 personnes faisant l'objet d'une priorité vitale, 94 pour la priorité haute, 112 pour la priorité moyenne et 9 pour la priorité faible. Toutefois, cela ne garantit en rien l'orientation vers un hébergement adapté (au rez-de-chaussée, près d'un hôpital), ni même un hébergement tout simplement. Des personnes considérées comme vulnérables se retrouvent de fait à la rue.

Et pour ceux qui sont hébergés, cette injonction à devoir se préoccuper des vulnérables donne l'impression aux professionnels de faire le « sale boulot ». Cette difficulté est renforcée par le fait que beaucoup de ces intervenants inscrivent leurs actions dans un cadre, si ce n'est militant, au moins compassionnel avec une certaine sensibilité à la « cause des étrangers ». Soulignons ce paradoxe : la gestion des dispositifs du DNA relève à la fois d'une activité associative, généralement militante, et d'un mandatement, d'un contrôle, voire d'une administration par les services de l'État. Cette ambivalence est difficile à tenir pour les professionnels et crée une tension entre professionnalité et militance (Belkis, 2013).

Même pour les personnes accueillies en structure d'hébergement, les intervenants sociaux se retrouvent à faire le tri et sélectionner ceux qui pourraient enchaîner

[4] Terminologie qui a valu un courrier de Médecins Du Monde à l'Ofii, dont voici un extrait « Nous attirons votre attention sur l'utilisation impropre de la terminologie employée : ce document est en fait un rapport médical et non un certificat médical, puisqu'il contient des données médicales confidentielles qui ne peuvent être transmises qu'à un professionnel de santé en vertu de l'article L.1110-4 du Code de la Santé publique. »
[5] On peut citer notamment Médecins du Monde.

une fois déboutés sur un titre « vie privée et familiale » au titre de la santé. Concrètement pour une intervenante sociale, « Le CADA accueille de plus en plus de personnes malades et en grande souffrance avec de moins en moins de moyens (en terme d'effectifs, de budget, de propositions de sortie « décente »...). La plupart des personnes accueillies aujourd'hui fait une demande de régularisation principalement au titre de la santé (ou autre). Auparavant ces demandes étaient plus rares. L'accompagnement dans ces démarches ne fait normalement pas partie de nos missions ».

► Et la santé mentale ?

Pour Laurent Delbos, responsable plaidoyer à Forum Réfugiés, « il est donc nécessaire de mettre en place des outils d'identification et des mécanismes de signalement permettant une meilleure articulation entre les associations, l'OFPRA, l'Ofii et le système sanitaire de droit commun, pour que la prise en compte des besoins spécifiques liés aux vulnérabilités puisse intervenir à tout moment de la procédure. Afin d'assurer l'effectivité de ces mesures, une formation sur la vulnérabilité doit être dispensée pour les personnes relevant et accompagnant les demandeurs d'asile (associations, police aux frontières, préfectures, etc.). L'une des principales difficultés réside notamment dans l'identification des vulnérabilités non objectives, notamment les « personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols, ou d'autres formes graves de violence psychologique »... Le problème est ici bien identifié : qu'en est-il de ce qui échappe à l'objectivation, que celle-ci soit juridique, sociale ou même médicale ? Et cette problématique n'est pas mineure puisque, selon les données du début de l'année 2017 transmises par l'Ofii, les premiers « cas » concernent les « troubles mentaux et du comportement » à hauteur de 18%, devant

maladies infectieuses et parasites comme le VIH ou hépatites ».

► Détecter les vulnérabilités engage...

On parle de « détecter » les vulnérabilités. Mais est-ce suffisant ? En effet, dire d'une personne qu'elle est vulnérable engage à en prendre soin ; et ce sans forcément présumer une quelconque rémission. Dans le champ de la santé, la notion de vulnérabilité permet de thématiser une dimension jusqu'alors minorée de la pratique, et qui concerne donc non pas le *cure*, mais le *care*. En opposition à une vision médicale et inégalitaire de l'attention (Gilligan, 2008) ce concept permet de caractériser différents modes d'interventions auprès de la personne concernée. Pour caractériser et répondre à la souffrance d'autrui, il n'y pas que le tableau pathologique, la nosographie et son mode d'abstraction du symptôme, mais aussi des singularités avec leurs souffrances situées, qu'il s'agit d'écouter... Cette incise dans notre argumentaire est très importante : la détection d'une vulnérabilité n'a de sens que si derrière elle débouche sur une prise en compte précisément de cette vulnérabilité. Laure Wolmark l'avait clairement exprimé : « la vulnérabilité ne doit pas être un outil de gestion des flux, une mesure du risque sans un accueil personnalisé et un accompagnement » (Orspere-Samdarra, 2017).

Nos enquêtes (Chambon, 2017) font état d'une complexité, exprimée de manière récurrente par les personnes concernées, dans la lecture des souffrances du public migrant en situation de précarité. Il est difficile d'apposer un diagnostic médical. Les professionnels sont en difficulté pour comprendre de quoi souffre ce public, les pathologies ne correspondant pas forcément à des catégories nosographiques identifiées. L'épreuve porte alors sur

l'évaluation de la souffrance psychique de ce public. Certains professionnels caractérisent cette souffrance comme étant psychosociale. Mais qui doit la soigner ? Cette souffrance remettrait en cause la position péremptoire du soignant en rendant, par moment, le clinicien incompetent. Et l'investissement supplémentaire que peut demander le soin des migrants (recours à interprète, incompréhension sur les parcours, irrégularité des rendez-vous, etc.) peut induire la sensation de soigner un public que d'autres ne veulent pas.

Le fait de caractériser de manière générique cette souffrance comme étant traumatique est attrayant, mais pose question à de nombreux praticiens qui peuvent se retrouver démunis devant de telles orientations. Pour Emmanuel Venet, psychiatre « On peut comprendre la volonté politique de rationaliser les réponses faites à une évolution préoccupante des flux migratoires, mais on doit craindre que la psychiatrie ne se retrouve instrumentalisée au service d'une logique gestionnaire pour laquelle elle n'a aucune compétence, et donc aucune légitimité. C'est pourquoi, dans un souci de cohérence, il serait judicieux de donner aux institutions concernées les moyens d'accueillir les demandeurs d'asile conformément au droit, et à la psychiatrie la place qui lui revient : soigner chacun en fonction de ses troubles et de ses besoins de soin, et non participer à un triage lourd d'effets pervers. A commencer par un glissement des rôles, comme on l'observe lorsque le psychiatre est amené à certifier que son patient ne peut pas se soigner dans son pays d'origine en raison des facteurs de stress qu'il y retrouverait ».

Conclusion

Daniilo Martucceli (2014) explicite fort bien un des enjeux de la considération des vulnérabilités : « c'est [un] mouvement de fond qui, se présentant comme une

radicalisation de l'individualisme, contraint à accorder une place toute nouvelle aux fragilités, humaines et sociales. Un mouvement qui octroie aux histoires personnelles et aux vicissitudes de nos vies un rôle analytique différent. Un mouvement qui, au fond, est indissociable d'une prise en charge croissante, à l'échelle des individus, des singularités en cours. Une dimension qualitative qui est réticente à l'effacement du singulier derrière le collectif et qui demande, au contraire, une autre intelligence de l'articulation entre le singulier et le commun » (Martucceli, 2014). Et si cette considération des vulnérabilités était une des réponses à l'aporie d'un mode de catégorisation administratif alors que la fragilité, liée au vécu dans le pays d'origine et/ou à l'expérience migratoire et/ou à la situation en France, est de moins en moins soluble dans la catégorie même de demandeur d'asile ?

BIBLIOGRAPHIE

- Orspere-Samdarra. (2017). Actes. Séminaires vulnérabilités et demande d'asile.
- Belkis, D., Franguiadakis, S., & Peroni, M. (2013). Heuristique de la déconvenue. Dans F. Charvolin, A. Dumain & Roux Jacques (dir.), *Les passions cognitives : L'objectivité à l'épreuve du sensible* (p. 98-103). Éditions des archives contemporaines.
- Chambon, N. (2013). Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement. *Rhizome*, 5-6.
- Chambon, N. (2017). *Solidarisations. Enquête sur les migrants en situation irrégulière et leurs soutiens* (Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lyon II).
- d'Halluin E. (2016). Le nouveau paradigme des « populations vulnérables » dans les politiques européennes d'asile. *Savoir/Agir*, 2(36), 21-26.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente, pour une éthique du care*. Paris : Flammarion.
- Le Goff G., & Zeroug-Vial H. (2017). Avant-propos. *Rhizome*, 1(63), 5-13.
- Martucceli, D. (2014). La vulnérabilité, un nouveau paradigme ? Dans A. Brodriez-Dolino, I. von Buelzingsloewen, B. Eyraud, C. Laval et B. Ravon (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales* (p. 27-39). PU Rennes.
- Médecins du Monde. (2017). *Les laissés pour compte : L'échec de la couverture santé universelle en Europe*.
- Ritaine, E. (2015). Quand les morts de Lampedusa entrent en politique : *damnatio memoriae*. *Cultures & Conflits*, 99(100), 117-142.

L'EXPÉRIENCE DU DÉPLACEMENT

Pascale RUFFEL, psychologue clinicienne au Centre Nantais d'Hébergement des Réfugiés et en libéral, auteure de trois ouvrages de littérature issus de sa pratique : *Les ancêtres ne prennent pas l'avion* (2017), *Ce que les réfugiés nous disent* (2017) et *Touché, coulé* (2020).

La rencontre avec un psychologue est avant tout une expérience du déplacement. Alors que le plus souvent patient et thérapeute parlent la même langue, ont les mêmes codes culturels, l'expérience d'étrangeté demeure pourtant inévitable et essentielle. La parole n'y est jamais banalisée, noyée dans un flot de mots et d'évidences supposées partagées. On s'entend parler autrement, on redécouvre à quel point parler la même langue est une illusion. L'expérience d'étrangeté à soi-même soutient ainsi le désir de poursuivre et de découvrir en soi des territoires insoupçonnés.

Ceci ne va pas de soi, car comme le soulignait Freud (1919) l'étrangeté peut être qualifiée d'inquiétante. L'inquiétante étrangeté est une angoisse très particulière : c'est la frayeur qui « se rattache aux choses connues depuis longtemps et de tout temps familières ». Les hommes cherchent à la contenir, la recouvrir ou la fuir. La rencontre de l'étrangeté au cœur de l'intime renvoie à des expériences précoces refoulées dans le lien à l'Autre qui impose son obscure volonté. Elle ramène à des complexes infantiles refoulés : « complexe de castration, fantasmes liés au corps maternel, lorsqu'ils sont ramenés par quelque expression extérieure, ou bien lorsque de primitives convictions surmontées semblent de nouveau être confirmées ». On peut tenter

de se protéger par une forme de cécité. Celle-ci est soutenue dans le social par des tabous, des catégorisations, des pensées pré-construites. On tente de dénier sa propre étrangeté en maîtrisant et produisant du savoir sur celle de l'autre. Aujourd'hui, le migrant est la figure archétypale contemporaine de l'étrangeté.

C'est ainsi que celui-ci risque de se trouver enfermé dans un savoir construit pour lui et censé le définir. Les psychologues ne sont pas exempts de ces représentations au risque de conduire à des impasses dans des rencontres trop surdéterminées pour que le sujet puisse y être entendu dans ses errements, ses tâtonnements et ses possibilités d'insight. Ainsi, nous voyons apparaître depuis quelques années deux doxas majeures sur la psyché des migrants et des réfugiés.

Le premier présupposé est qu'on ne pourrait entendre l'autre qu'en rapport avec sa culture d'appartenance. Cela intime de resituer l'exilé dans sa culture d'origine pour qu'une subjectivation advienne. Or, le chemin de la subjectivation et la représentation de l'origine restent pour tout un chacun inaliénables, échappant au savoir de l'autre. La rencontre thérapeutique ne suppose pas le partage du même, elle se soutient d'altérité. Les approches culturalistes courent le risque de participer à l'assujettissement du



sujet. Georges Devereux, fondateur de l'ethnopsychiatrie, alertait très tôt sur cette dérive : « *L'ethnopsychiatrie doit apprendre à se pencher en premier lieu sur la personnalité du patient et en second lieu seulement sur sa culture. S'il agit autrement, il se transforme lui-même en machine à stéréotyper* » (Devereux, 1978, p.212).

L'autre impasse actuelle est de réduire la psyché des exilés aux situations traumatiques qui émaillent le parcours migratoire. La violence est omniprésente dans les histoires des réfugiés que je rencontre, elle est souvent la raison du départ, prend la forme de tortures, de massacres, de disparitions et de guerres. Elle est souvent répétée tout au long du parcours migratoire. Le risque est alors grand de ne plus pouvoir penser l'autre qu'assigné au trauma, au risque d'être happés ensemble dans le maelström du traumatisme (Lacan, 1974) et de faire disparaître le sujet derrière le réel. Or, le traumatisme est inscrit dans la logique de l'après-coup, il ne s'entend que dans une écoute plus large du sujet, de son histoire, dans un déploiement de sa langue. Il s'agit de sortir ensemble de la confusion des langues (Ferenczi, 1933) qui risque d'envahir

la relation thérapeutique en jouant, sous prétexte de protocoles standardisés, des relations d'emprise et d'objectivation de l'autre. Il ne s'agit pas de nier les effets de la violence ou du passage d'une culture à une autre, mais de penser ces questions en mouvement, inscrites dans une rencontre aux effets toujours inattendus en se méfiant de toute réification de l'autre par un savoir toujours supposé. Qui peut bien savoir ce qui fera traumatisme et les formes que cela prendra pour un sujet singulier ?

En écrivant ces quelques lignes, me revient une situation que j'avais trouvée revigorante pour venir déloger les représentations. Je travaille dans un centre d'accueil pour réfugiés. Chaque personne est accompagnée pendant environ un an par une équipe pluridisciplinaire sur le plan de l'accès aux droits, au logement, à la santé, à la formation et au travail. Pendant leur séjour, les personnes sont hébergées. A leur départ, un logement HLM est attribué, ils en deviennent locataires. Ce passage est important et marque la séparation d'avec l'équipe, la fin d'un parcours d'errance et de dépendance à divers services sociaux. Anisha et Arush formaient un jeune couple discret et sympathique. Cependant, il arrivait parfois qu'Arush soit complètement hors de lui quand il se sentait frustré ou humilié. La colère le submergeait et c'était avant tout affaire de corps. Il devenait écarlate, ses yeux s'assombrissaient, ses traits se crispaient. Pour finir, il éructait, insultait son interlocuteur. Au sortir de ces crises, Arush était épuisé et honteux et se terrait plusieurs jours chez lui sans pouvoir soutenir le regard de celui qu'il avait malmené. Ces moments étaient une épreuve pour sa femme. Elle me rencontrait de temps à autre à ce sujet et pour évoquer la fin de vie de son père qu'elle souffrait de ne pouvoir accompagner qu'à distance. Elle était terrifiée à l'idée de le perdre sans avoir pu le serrer dans ses bras. Elle en voulait à Arush dont les activités politiques les

avaient amené à quitter précipitamment le Pakistan. Le père d'Anisha avait organisé leur fuite suite à l'incarcération d'Arush et aux menaces proférées à l'endroit de sa femme et de leur fils. Le père d'Anisha décéda. Quelques temps après, l'office HLM proposa à la famille un appartement neuf et agréable. Lors de la visite, la famille se montra enthousiaste jusqu'au moment où Anisha vit que la baie ensoleillée du salon donnait sur ce qu'elle nomma une forêt. Là où la professionnelle qui les accompagnait voyait un petit bosquet de boulots. Anisha blêmit, se figea et décida illico de refuser le logement. Ceci laissa dans l'incompréhension les travailleurs sociaux bien au fait de la chance que constituait un tel logement. Anisha, rapidement soutenue par Arush s'enferma dans un refus farouche et obstiné. Elle ne pouvait que dire qu'elle n'était tout de même pas un animal. Pour tenter de donner du sens à la situation, les hypothèses allèrent bon train selon deux axes : le traumatisme et la culture. Les fantasmes des professionnels se déployèrent. Avait-elle été violente dans une forêt ? Le couple avait-il du se cacher dans une forêt poursuivi par leurs agresseurs ? Les forêts étaient-elles des lieux effrayants dans la culture pakistanaise ? Anisha et Arush appartenaient-ils à une ethnie discriminée ? Le risque était grand que nous pensions pour elle, bouchions de notre supposé savoir ce qui tentait de se faire entendre. Alertée par l'équipe, je proposai à Anisha de venir me parler. Anisha se saisit de ma proposition et parla de la forêt. Elle me raconta des histoires d'enfance, de balades en forêt en famille, sa main d'enfant confiante dans celle de son père. Elle me parla de la force de celui-ci, du sentiment d'être protégée dans ce lieu qui l'attirait et lui faisait peur. Et loin d'être étranges ou exotiques, ses souvenirs convoquaient les miens. Nous nous promenions dans les contes, le loup et le petit chaperon rouge s'invitaient souvent dans mes associations. L'obscurité de la forêt s'articulait à l'amour de son père,

son désir inconscient d'être tout pour lui, la douleur de son décès, les mouvements haineux et inavouables à son encontre pour l'avoir arrachée à ses parents, à son foyer et à son pays. Elle me parla de son mari soigneusement choisi par son père, de la vie agréable qu'il lui avait offert les premières années de leur mariage, du lien respectueux qu'entretenaient ces deux hommes-là. Elle associa sur sa difficulté à reconnaître ce mari comme l'homme qu'il avait été, délesté des attributs qui l'avaient rendu aimable à ses yeux. Il était un migrant, pauvre, empêtré, empêché. Depuis sa détention dans les prisons pakistanaises, il avait changé, était devenu irascible. Elle ressentait un mélange de mépris et de peur à son égard. Parfois, il était comme un animal, imprévisible et sauvage. Elle avait peur qu'il restât ainsi, qu'il l'entraînât dans une pulsionnalité désarrimée. C'est ainsi qu'elle délia peu à peu ses associations libérées par le surgissement de l'angoisse devant la forêt. Elle délia l'amour œdipien adressé à son père, son débordement fantasmatique quant à ce qu'Arush avait subi pendant sa détention, son propre rapport à la sauvagerie, à la sexualité et à la castration. L'inquiétante étrangeté avait été radicale comme si la frontière entre l'humain et le non-humain avait été en risque d'être franchie la laissant seule face à un réel irréprésentable. Elle avait été sidérée par un risque de desubjectivation, devant la touffeur de la forêt.

Bien sûr, les mauvais traitements subis par Arush, les menaces sur sa famille, et l'exil n'étaient pas sans lien avec l'angoisse ressentie par Anisha. Mais la complexité de ce qui était en jeu supposait de l'entendre en faisant silence avec le brouhaha d'un savoir par trop simpliste. C'est parce qu'elle avait été pétrifiée devant le bosquet, projetée violemment au lieu de sa castration et que cela constituait une énigme qu'elle avait eu le désir de venir me parler.

J'avais alors écouté ses associations, soucieuse de préserver le caractère mystérieux de ce saisissement, laissant vagabonder les images et les signifiants qui se liaient et se déliaient, retissant des fils altérés. Ce chemin était nécessaire et singulier, nécessitait que l'espace ne soit pas trop obstrué ou balisé.

peuvent contribuer et d'où chacun pourra tirer quelque chose si nous avons un lieu où mettre ce que nous trouvons". C'est dans l'espace thérapeutique que se construit le lieu symbolique, un lieu trouvé/créé qui continuera d'exister à l'intérieur de soi. Dans la rencontre avec un autre inscrit délibérément dans une éthique de la parole

“ *Dans la rencontre avec un autre inscrit délibérément dans une éthique de la parole et de la singularité, le patient venu d'ailleurs peut retrouver le chemin de la subjectivation afin que l'exil ne devienne pas exil à soi-même.*

C'est dans l'espace du transfert qu'Anisha a trouvé un asile, auprès de cet Autre, l'étrangère. Elle a pu y inscrire, y penser et y rêver son histoire, sa famille, sa langue, sa vie fantasmatique irréductible aux seuls faits. La culture et la langue ont été des modalités transitionnelles. L'espace thérapeutique a été alimenté de proverbes, de métaphores, de contes, de la narration de pratiques culturelles, ce faisant, nous avons cherché la voie d'une symbolisation des affects dans cet entre-deux migratoire, l'entre-deux entre soi et l'autre. Nous avons recherché un lieu d'ancrage qui autorise et ne fige pas. Quelques semaines plus tard le couple emménagea dans un autre logement moins neuf et moins lumineux, mais pour eux, l'essentiel n'était pas là.

La question du lieu est centrale avec les exilés. C'est bien souvent l'impossibilité d'investir un lieu à soi qui interpelle dans la clinique quotidienne, soit parce que cela ne leur est pas accordé, soit parce que le lieu ne peut être investi psychiquement. C'est ainsi que je m'approprie cette phrase un peu énigmatique de Winnicott (1971, p.137) : " En utilisant le mot culture, je pense à la tradition dont on hérite, je pense à quelque chose qui est le lot commun de l'humanité auquel les individus et les groupes

et de la singularité, le patient venu d'ailleurs peut retrouver le chemin de la subjectivation afin que l'exil ne devienne pas exil à soi-même. Aussi est-il nécessaire pour qu'il y ait rencontre, possibilité d'un autre dire, que chacun s'étrange suffisamment (André, 2015). Pour le psychologue, il s'agit d'accepter de distendre le lien à sa culture ethnique mais aussi professionnelle, de se méfier des poncifs et des pensées pré-construites. Il en va de son désir de composer avec ses héritages, d'oser sa singularité, de considérer les effets du déplacement pour les autres et pour soi-même.

BIBLIOGRAPHIE

- André, S. (2015). *L'écriture commence où finit la psychanalyse*. La muette.
- Devereux, G. (1978). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion, p. 212.
- Ferenczi S. (1933) *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*. Payot.
- Freud, S. (1985). *L'inquiétante étrangeté*. Gallimard.
- Lacan J. (1974, février). *Les non-dupes errent*. Communication présentée au Séminaire Inédit de 1974.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard, p. 137.

LES DJINNS PARLENT PLUSIEURS LANGUES

Véronique HUQUELEUX, psychologue clinicienne au CHU de Nantes : Équipe de liaison en psychiatrie et précarité (ELPP), référente clinique de la Consultation Ressource en Clinique Transculturelle (CRCT), thérapeute principale du dispositif de groupe transculturel de la CRCT, auteure d'articles, notamment "*Du contre-transfert aux contours de l'empathie : nécessité d'une éthique clinique*" (2016).

Les questions migratoires sont au cœur des évolutions qui traversent la clinique contemporaine, elles sont multiformes, complexes. Pour tout patient, la culture imprègne les manières d'exprimer sa souffrance, de vivre les dysfonctionnements psychiques et de les traiter. La culture imprègne également la posture et les pratiques de soin des soignants.

Au-delà de la question des langues, il arrive que des antagonismes culturels entraînent des difficultés dans l'accompagnement de patients migrants ou issus de la migration. Des incompréhensions, des malentendus peuvent induire des situations de discrimination et parfois conduire à des impasses ou errances thérapeutiques.

En effet, les dispositifs de soins psychothérapeutiques partent d'un présupposé culturel commun entre le patient et le thérapeute. Quelles que soient leurs bases théoriques, elles sont intraculturelles, basées sur des représentations culturelles implicites.

Adapter l'ensemble de nos dispositifs à l'accueil et à la rencontre de l'altérité pourrait nous prémunir contre les présupposés, les interprétations erronées. Il ne s'agit pas d'assigner les publics migrants ou issus de la migration à des filières spécifiques mais bien d'ouvrir nos dispositifs à ces questions de clinique contemporaine

de faire le pas de côté du décentrage qui permet la rencontre.

Toutefois, il arrive que la complexité culturelle voire le codage culturel soit central et susceptible de bloquer la relation thérapeutique « classique ». C'est ici que la CRCT, dispositif de soin transculturel multimodal, peut être sollicitée.

Présentation de la CRCT :

Le cadre de référence de la CRCT est celui de la psychiatrie transculturelle et de l'ethnopsychanalyse du Pr Marie-Rose Moro et de son équipe, elle se base sur trois postulats :

- ▶ L'universalité psychique : le Sujet possède une universalité structurelle de fait.
- ▶ La spécificité culturelle et la diversité humaine : le codage culturel est toujours spécifique à chaque Culture et singulier à chaque Sujet.
- ▶ Le complémentarisme défini par Georges Devereux, qui propose une double écoute- non simultanée- entre psychanalyse et anthropologie. Ce qui implique un travail de décentrage et d'élaboration du contre-transfert culturel pour les thérapeutes. Nous utilisons le matériel culturel comme levier

thérapeutique, support de l'élaboration psychique, dans un cadre psychanalytique afin d'accéder à l'universel du Sujet. Il s'agit de prendre en compte les interactions complexes entre réalité culturelle et psychique, de proposer un décodage puis un tissage des sens collectifs et culturels ainsi que des mouvements individuels et intrapsychiques.

Le dispositif de groupe transculturel (DGT) constitue une des propositions de soin de la CRCT qui répond, en seconde intention, à des situations complexes, où la relation duelle, communément employée dans les dispositifs ne semble pas efficiente. Le DGT est ainsi constitué d'une thérapeute principale et de 8 co-thérapeutes formés à la psychiatrie transculturelle et répond à un cadre strict. Il a pour objet de co-construire un espace psychique groupal avec le patient migrant et son entourage (famille, amis, accompagnants du soin, du social). Cela permet une exploration des étiologies, une mise en narrativité et une possible créativité par l'introduction de pratiques transculturelles telles que le décentrage culturel, l'analyse du Contre-transfert culturel, la contenance du groupe, la présence d'interprètes...

Le respect des théories étiologiques et des approches traditionnelles des familles permet la construction de l'alliance thérapeutique. La prise en compte du vécu de l'altérité en situation migratoire dans un espace groupal métissé de négociation entre l'Ici et l'Ailleurs permet de relancer des processus psychiques mis à mal. La valorisation des ressources culturelles peut prévenir les risques d'acculturation et de clivage entre les mondes de représentations.

Les djinns parlent plusieurs langues

Nous avons accueilli dans le DGT, plusieurs familles ayant eu des voyages migratoires en plusieurs étapes. Cela implique des acculturations, affiliations et métissages

multiples : des bains de langues, des bains sensoriels (sons, couleurs, odeurs, etc.), différents du pays d'origine des parents, mais aussi différents du pays d'accueil ; Des enfants nés et scolarisés dans le pays de transit, « transit » qui a parfois duré plusieurs années.

Quand la langue du pays tiers n'est ni maîtrisée par les parents ni par les thérapeutes, quelle langue alors choisir ? Comment faire parole quelle que soit la langue, comment travailler un métissage multiple et tiercéisé? Comment faire figurer la multiplicité des mondes ?

Leïla a 10 ans, d'origine marocaine et d'obédience musulmane, elle est scolarisée en CM2. Elle est adressée par le médecin scolaire, qui nous transmet les informations suivantes. Pendant la périscolaire à 3 reprises, Leïla s'est plainte de violents maux de tête suivis de chutes avec perte de connaissance brève. A chaque fois, Leïla se trouvait proche d'un adulte qui la recevait. Son père rapporte que sa fille a été examinée par un médecin sans maladie diagnostiquée. Il explique que sa fille est possédée par le diable, il attend la fin du Ramadan pour l'emmener au Maroc pour le faire sortir. Leïla parle de fantômes en elle.

Monsieur décrit des manifestations diaboliques à la maison. L'enfant est sujette aux maux de ventre suivis de crises d'agitation spectaculaires : danses saugrenues, main derrière la tête avec index et majeur pointés en V vers le ciel, chute et gesticulation. Au sortir du bain, elle présente des attitudes bizarres comme enfile sa culotte sur sa tête. Le papa précise qu'au Maroc l'enfant ne présente jamais ce type de comportement. Le médecin scolaire possède peu d'informations sur l'histoire familiale. A la première consultation du DGT, Monsieur vient seul avec Leïla, le médecin scolaire les accompagne, Madame est à la maison, elle garde les petits. Leïla est une enfant vive,

jolie et intelligente qui aime le foot. Leïla est très présente, s'exprime, elle maîtrise très bien le français, sans accent, elle parle également arabe et italien. En l'absence d'interprète en arabe, une des co-thérapeutes assume cette fonction cela contribue à l'alliance thérapeutique avec le papa, qui montrait une certaine défiance en début de rencontre. La présence masculine d'un des co-thérapeutes de la consultation permet également l'alliance, qui reste néanmoins fragile.

Nous déroulons l'histoire familiale, le couple est marié depuis 1994. Monsieur est parti en 2000 en Italie, sa femme l'a rejoint en 2004. L'aînée de la fratrie (22 ans) est la seule enfant née au Maroc puis une sœur de 14 ans, Leïla, un garçon et une petite de 8 mois. La famille est en France depuis 2 ans après 17 ans en Italie. Quant aux raisons de la venue en France, Monsieur dit « Comme ça, pour l'école. C'est mieux pour les enfants ». L'été la famille va en vacances dans la maison de Monsieur au Maroc, à côté il y a un oncle (frère de la mère), la famille du père est loin hormis la grande sœur du père. Leïla dit s'y ennuyer sauf l'été prochain, car ils iront au bord de la mer.

Nous évoquons les « fantômes » de Leïla, ses djinns [1], ils parlent en arabe, en italien, en français, Monsieur nomme le sheitan [2]. Il y a 3 ou 4 hommes différents, un qui écrit en italien, un violent qui frappe, un gentil que la famille appelle pour évincer le violent. Ils se manifestent souvent pendant les repas, il y a eu une intensification de leur présence, Leïla explique que c'est après avoir chanté à la chorale de l'école. La 1ère fois que les djinns se sont manifestés, c'était en Italie, Leïla avait 7 ans, elle avait alors coupé la moitié de ses cheveux à l'école. A travers les différentes propositions des co-thérapeutes, nous

interrogeons la fonction des djinns. Quels sont leurs messages ? Quand et où interviennent-ils ?

Cela arrive souvent à l'école. Depuis 2 ans en France, Leïla a changé 3 fois d'écoles et la famille a déménagé 2 fois. Nous interrogeons ce qui peut protéger dans le passage d'un monde à un autre. Reprenant les propositions du groupe, Leïla exprime le fait qu'elle parle bien le français mais qu'il y a des mots qu'elle ne comprend pas, c'est fatiguant, changer d'école c'est compliqué, être loin de la famille ce n'est pas facile.

Nous soulignons qu'elle a beaucoup de force de vie, Leïla et son père sourient, mais que 3 dimensions cohabitent en elle, les langues, les pays et leur culture : le Maroc, l'Italie, la France. C'est fatiguant et excitant à la fois. Leïla s'adapte, cela contraste avec les djinns qui ne s'adaptent pas, mais sont en mouvement avec la famille.

Mr confirme « oui les djinns voyagent avec nous, c'est bizarre, le djinn bienveillant s'est manifesté pendant le trajet du voyage, il a dit : c'est quoi ce tunnel ? ». La consultation se clôt sur la perspective du voyage au Maroc et des choses qui seront faites là-bas, nous disons à Leïla que notre groupe l'accompagne dans ce soin traditionnel au Maroc. Nous proposons de se revoir, nous invitons les autres membres de la famille.

A la seconde consultation, Leïla et son papa viennent à nouveau seuls. Leïla va bien, les choses ont été faites au pays, l'imam a récité des versets du Coran, nommer les djinns, il les a identifiés et neutralisés. Il n'y a plus de crises. L'imam a dit que Leïla et sa sœur étaient possédées par les djinns, car une femme a jeté un sort et les filles ont marché dessus. Leïla est très contente d'être là avec le groupe, elle évoque l'école, elle a été élue

[1] Génie bon ou mauvais, dans le Coran et les légendes musulmanes

[2] Mot arabe qui signifie: diable. Dans un sens plus vaste, sheitan peut vouloir dire démon, esprit pervers.



déléguée suppléante. Elle évoque la complicité avec sa sœur, mais aussi des angoisses la nuit. Nous proposons de se revoir mais le papa ne souhaite pas poursuivre les consultations, les choses ont été faites au pays.

Des risques transculturels persistent pour Leïla, même si elle a su trouver une expression de ses conflits internes qui soit culturellement codée et conforme à sa filiation. Dire à travers les djinns la difficulté des passages entre ses mondes culturels mais aussi de l'émergence du féminin, de l'identité de genre, du sexuel dans la migration à travers les allers retours de langue et de sexe.

Leïla nous a montré l'inventivité du Sujet qui héberge plus d'une langue pour faire tenir l'identité, pour négocier entre les différents espaces. L'enjeu est de savoir si ses trouvailles et ses étayages seront sources de richesse ou de confusion ? Comment ses indéniables capacités d'adaptation et de séduction vont pouvoir articuler ses fonctions cognitives et affectives avec des défenses assez souples ?

“

Dire à travers les djinns la difficulté des passages entre ses mondes culturels mais aussi de l'émergence du féminin, de l'identité de genre, du sexuel dans la migration.

Jacqueline Amati-Mehler (2010) parle d'une «constellation associative multisensorielle» en situation de multilinguisme qui produit des Sujets singuliers aux réseaux associatifs riches et complexes où « Chaque langue a sa propre vie et sa propre structure qui influencent nos relations avec nous-même et avec le monde extérieur ».

BIBLIOGRAPHIE

Amati-Mehler, J. (2010). Le multilinguisme dans la cure. *Annuel de l'APF*, 1(1), 151-176.
<https://doi.org/10.3917/apf.101.0151>



CLINIQUE DE L'EXIL, CLINIQUE DU TRAUMA COMPLEXE COMMENT ACCUEILLIR LE PUBLIC MIGRANT ?

Laëtitia CUISINIER CALVINO, psychologue clinicienne spécialisée en victimologie et en clinique transculturelle. Actuellement au CHU de Nantes à 3/4 temps auprès des patients migrants sur deux services : la Permanence d'Accès aux Soins de Santé en psychiatrie (PASS psy) et Consultation Ressource en Clinique Transculturelle (CRCT). Elle travaille également avec l'association Epsilon qui développe la pertinence du travail sur soi en groupe. Un temps en libéral est consacré à la formation hospitalière et l'analyse des pratiques d'équipes du social.

Introduction

Depuis maintenant plusieurs années, je suis psychologue clinicienne auprès de patients migrants qui viennent d'arriver en France après un long voyage, après un départ précipité, se coupant de leurs familles et amis mais aussi de leurs repères culturels. Au sein de mon service de la PASS PSY du CHU de Nantes (Permanence d'Accès aux Soins de Santé en psychiatrie), notre travail permet d'évaluer les souffrances psychiques, d'accompagner les traumatismes et d'orienter vers des soins à plus long terme vers les différents secteurs de psychiatrie. La clinique de l'exil nous conduit chaque jour à écouter les traumatismes les plus complexes, à soutenir la narration d'histoires douloureuses mais aussi à valoriser et étayer les ressources externes et internes de nos patients. Une attention particulière doit être accordée à la pratique transculturelle pour accueillir l'altérité, les étiologies culturelles et toutes les manières de penser sa souffrance dans une autre langue.

Clinique de l'exil :

Même si l'exil est une forme de migration spécifique, toutes les migrations, et ce, quelle que soit leur origine ou leur motif, produisent un exil intérieur qui s'inscrit dans une histoire singulière (Chahraoui, 2014). La migration opère donc de multiples transformations, à différents niveaux, à la fois dans la sphère de la construction identitaire, des repères sociaux, amicaux et/ou familiaux... L'exil est une expérience de hors-lieu (Benslama, 2009). J'entends insister ici que le lieu n'est pas seulement géographique ; il est également psychique. Il est donc question d'accompagner les pertes multiples que la migration va entraîner. Tobie Nathan (1986) évoque le fait que la migration peut être traumatique dans le sens où l'enveloppe culturelle interne et l'enveloppe culturelle externe ne correspondent plus. Ainsi, le monde extérieur devient plus incompréhensible, plus illisible, voire plus dangereux pour la personne qui migre vers un autre pays.

Dans tous les cas, être aux prises avec toutes ces transformations et bouleversements tant externes qu'internes devient un véritable facteur de vulnérabilité. L'exil suppose un travail d'élaboration psychique qui peut s'avérer douloureux. Il devient nécessaire d'explorer et d'élaborer les traumatismes, les deuils et les pertes mais aussi les transformations internes qui s'opèrent à travers le processus d'acculturation pour une personne migrante / qui vit ailleurs (Herskowitz, 1938). Il me semble néanmoins essentiel de souligner que toutes les migrations n'entraînent pas toujours de souffrances psychiques visibles ou immédiates. Beaucoup parviennent à développer de solides ressources, à mettre en place de la créativité voire une forme de résilience (Cyrulnik, 2001) pour vivre au mieux l'éloignement et l'arrivée dans un nouveau pays d'accueil.

Le traumatisme psychique, repérage :

Le traumatisme psychique vient du mot grec trauma qui signifie blessure. Freud (1920) explique qu'un traumatisme advient lorsque le sujet est confronté à un excès d'excitation, débordant ainsi ses capacités à endurer et à lier la situation qui se présente à lui. Cette excitation produit une effraction qui sera à l'origine de la souffrance psychique. L'effraction traumatique va, quant à elle, venir déposer une trace mnésique dans la psyché produisant alors du symptôme voire des changements significatifs dans la personnalité du sujet qui en souffre.

François Lebigot (2001) caractérise le trauma à partir de quatre caractéristiques :

- ▶ la confrontation au réel de la mort (se voir mort, se croire mort, voir la mort autour de soi...)
- ▶ la réaction immédiate d'effroi durant laquelle pensées et représentations semblent arrêtées
- ▶ la soudaineté de l'événement qui rend difficile l'activation des mécanismes de défense habituels et enfin,

▶ la place de la perception et des sensations qui va venir différencier deux types de vécu du trauma : ceux qui le vivent réellement « dans leur chair » et ceux qui vivent l'événement par procuration, par proximité. Selon François Lebigot, les soins psychiques apportés aux victimes directes et aux victimes indirectes (proches, enfants, conjoints...) ne seront pas les mêmes.

Il existe plusieurs formes de traumatisme psychique ; mais arrêtons-nous sur le repérage du traumatisme aigu. Tout d'abord, nous pouvons noter la présence du syndrome de répétition. Ici, le patient revit le traumatisme à l'identique, comme s'il était à nouveau projeté dans ce moment précis. Cette répétition peut être comprise comme un moment dissociatif dans lequel le patient va revivre par le corps et la pensée l'événement : il peut mimer, se déconnecter de la réalité, ou changer sa voix pour prendre celle de son agresseur par exemple... Pour Ferenczi (1934), cette répétition vient comme un témoignage de la quête d'un sens pour un événement qui n'en a pas. Nous constatons également un état d'alerte caractérisé par une forme d'agitation et d'insécurité amenant le patient à sursauter au moindre bruit, à ne pas se sentir en sécurité dans la rue ou face à une foule. Les troubles du sommeil de type insomnie sont également récurrents. Les patients peuvent aussi évoquer leur besoin de marcher ou de fuir par le biais d'activités occupationnelles afin de ne plus penser... Nous pouvons repérer un syndrome d'évitement caractérisé par l'idée centrale de ne surtout pas revivre de nouveaux moments traumatiques. Les patients cherchent alors à tout prix à fuir certains lieux, certaines personnes, pour éviter de se sentir mal et de raviver le traumatisme toujours présent. Enfin, il est souvent possible de relever d'autres troubles associés tels qu'un vécu de honte ou de culpabilité, un émoussement affectif et émotionnel, un sentiment d'injustice, des conduites morbides face à la fascination du traumatisme, ou des conduites

de mise en danger comportant le risque d'être à nouveau victime.

Si nous revenons à la clinique de la migration, il est intéressant de remarquer que les caractéristiques du traumatisme que je viens d'évoquer sont toutes également présentes. Toutefois, la culture peut entraîner/susciter des spécificités dans la manière de dire et d'évoquer la souffrance. Ces patients, souvent victimes de traumatismes intentionnels, n'ont très rarement subi qu'un seul évènement traumatique. Nous repérons trois temps possibles dans les vécus traumatiques des patients (Baubet, Le Roch, Bitar, Moro, 2003) :

- ▶ le vécu pré-migratoire (les traumatismes vécus au pays en lien avec le départ et le début de la migration),
- ▶ le vécu migratoire (les traumatismes traversés durant le voyage, lequel se déploie actuellement sur différents pays et ce, pendant plusieurs mois voire plusieurs années) et
- ▶ le vécu post-migratoire (les traumatismes liés au choc culturel, au processus d'acculturation, au rejet, à la précarité, aux instances de l'asile...)

Cette expérience à différents temps superposés nous place du côté des traumatismes complexes. Ainsi, la clinique de l'extrême est une clinique particulière car elle détruit les contenants individuels mais aussi socioculturels (Chahraoui, 2014). La guerre, les actes de barbaries, les violences sexuelles produisent des destructions importantes tant psychologiquement que physiquement tout en mettant à mal les liens et les valeurs de toute une communauté. Tout ce parcours qui entraîne des vécus déshumanisants importants, n'est pas sans effets sur les relations futures, y compris celles qui se développent avec les professionnels de l'accompagnement et du soin.

Les points d'attention dans la prise en charge psychologique :

- ▶ l'accueil bienveillant : il me semble qu'être particulièrement attentif aux premiers moments de la rencontre permet de réintroduire les personnes dans une rencontre humanisante face aux différents moments déshumanisants qu'elles ont vécus.
- ▶ l'apport des concepts humanistes : Carl Rogers (1987) nous propose des outils très intéressants pour la rencontre avec les patients traumatisés, d'autant plus migrants. L'empathie, l'ouverture mais aussi la congruence et l'authenticité sont des piliers incontournables dans ma pratique.
- ▶ la place de l'écoute : l'écoute et l'accueil de leur parole mais aussi de leur souffrance sont également au centre du soin. Il faut noter que l'écoute des traumatismes psychiques n'est pas sans effet sur celui qui entend. La transmission, voire la contamination, est possible sur les professionnels, y compris les plus aguerris, dans un possible partage du traumatisme (Lachal, 2006).
- ▶ prendre le temps d'expliquer : les patients migrants que nous rencontrons ont souvent très peur de leurs ressentis. Ils peuvent exprimer leur peur de devenir ou d'être fou. Il est donc important de les aider à repérer que leur souffrance psychique est inséparable de leur vécu et la place du traumatisme comme blessure de l'esprit que l'on doit soigner.
- ▶ faire liaison entre le passé et le présent : dans les entretiens avec les patients, nous constatons souvent que le traumatisme fait écran à toute l'histoire qui précède l'évènement traumatique, au point que nous ne savons presque rien de lui et de sa vie passée. Par la narration, il s'agit de l'aider à élaborer, au fur et à mesure des entretiens, les différents temps de ruptures, les différents deuils, pour les intégrer dans sa

“

Par la narration, il s'agit de l'aider à élaborer, au fur et à mesure des entretiens, les différents temps de ruptures, les différents deuils, pour les intégrer dans sa grande histoire afin de recréer une ligne de vie reconstruite entre le passé et le présent.



grande histoire afin de recréer une ligne de vie reconstruite entre le passé et le présent.

► repérer la place du clinicien au cœur d'enjeux politiques et sociaux : travailler auprès des patients migrants n'est pas sans nous projeter au cœur d'enjeux politiques. Il est aussi question de la politique d'accueil qui détermine le quotidien dans lequel les patients sont immergés en parallèle des soins que vous réalisez auprès d'eux. Ainsi, dans nos échanges/séances, nous nous devons d'être également à l'écoute des problématiques sociales qu'ils rencontrent, de leur précarité, de leurs difficultés à se repérer dans les demandes administratives (certificats étayant leur demande d'asile ou les recours administratifs par exemple).

L'apport spécifique de la clinique transculturelle :

Il ne me paraît pas judicieux de réduire la clinique transculturelle à ces quelques lignes. Néanmoins, mon propos vise à attirer l'attention des cliniciens et futurs praticiens à cette expérience spécifique. La clinique transculturelle repose sur une rencontre entre un thérapeute et un patient qui ne partagent pas la même culture d'origine. Pour éviter de se cristalliser dans ces différences culturelles, les professionnels pourront s'appuyer sur différents postulats soutenant cette clinique particulière.

► Le premier postulat repose sur l'universalité psychique qui nous permet d'envisager que, malgré nos différences culturelles, la rencontre entre un thérapeute et un patient est possible. La psyché et l'inconscient existent chez tous les êtres humains et son fonctionnement général est le même pour tous.

► Le second postulat se fonde sur l'idée que tous les êtres humains sont des êtres culturels. Il n'existe pas d'homme sans culture. Ce n'est donc pas l'autre qui incarne le culturel car il existe en chacun de nous.

La rencontre de l'altérité est une question fondamentale car « Je est un autre » nous disait Rimbaud. Il est donc important de s'appuyer sur le fait de : « se penser soi-même comme un autre » (Ricoeur, 1990) pour faire l'expérience de la rencontre de tous les autres. Cela ne sera pas sans l'expérience/le vécu d'une inquiétante étrangeté (Freud 1920, Kristeva 1991) qui vient nous parler de cette partie de nous qui nous échappe.

Devereux (1972), père de l'ethnopsychanalyse, développe l'idée d'une méthode complémentariste à même de prendre en compte les différences culturelles dans la rencontre. Pour cela, il sera nécessaire de s'enrichir de plusieurs champs théoriques susceptibles de faire sens sur ce qui peut parfois nous échapper dans la rencontre avec les migrants. Ainsi, le psychologue peut, en appui sur ses apports théoriques de base, se nourrir de l'anthropologie, l'histoire, la linguistique ou encore l'ethnologie ou encore la sociologie...

Le travail auprès des patients migrants issus d'autres cultures, nous amène à vivre un certain décontenancement dans lequel il est possible de se laisser un peu aller afin d'accueillir l'altérité, d'entendre les différences culturelles et de trouver des espaces de négociation dans les soins. Le clinicien peut alors utiliser deux outils intéressants : le décentrage culturel et l'analyse du contre-transfert culturel. Il s'agit toujours de prendre conscience de nos propres implicites culturels pour faire de la place aux représentations culturelles des patients, sans hiérarchiser les deux cultures. Comment faire ce pas de côté ? Comment entendre ce qui se dit sans se laisser emporter par la fascination ou le rejet ?

Enfin, pour favoriser l'accueil et l'écoute, le travail avec interprète sera central. La langue pourra alors se situer au cœur de la rencontre entre le clinicien et le patient migrant, qu'il parle ou non le français.

Parler dans sa langue, c'est parler avec la langue des émotions, la langue avec laquelle la culture s'est engrammée (Mead, 1963). C'est une expérience complexe pour les psychologues habitués au face à face et qui peuvent trouver étrange de laisser une autre personne pénétrer dans leur cadre thérapeutique. Cela présuppose une véritable réflexion en amont afin de bien cerner tous les enjeux relationnels qui se tissent entre nous et l'interprète mais aussi entre l'interprète et le patient. Le clinicien doit accepter de perdre le contrôle d'une partie de son entretien dont il ne comprend pas la langue tout en restant le garant du cadre thérapeutique en place. Il s'agit de mettre en place une relation de confiance entre l'interprète et nous pour inclure la langue maternelle comme un levier et non comme un frein au soin.

Conclusion

Je terminerai sur cette phrase de Jean Claude Métraux (2013) qui nous rappelle un aspect essentiel de l'accueil, prémisses à toute alliance thérapeutique : « Quand je considère un autre, n'importe quel autre, davantage différent que semblable à moi-même, taisant notre commune glaise humaine, j'institue une frontière si hermétique que cet autre jamais ne migrera jusqu'à moi. »

POUR EN SAVOIR PLUS SUR L'AUTEURE :

Elle a participé à l'écriture de ce livre sur la prise en charge des MNA : *Mineurs étrangers non accompagnés* (Tison & Leconte, 2018).

BIBLIOGRAPHIE

- Baubet, T. Le Roch K, Bitar, D. Moro M. R. (2003). *Soigner malgré tout. Vol. 1:Trauma, cultures et soins*. La Pensée sauvage.
- Benslama, F. (2009). *Exil et transmission, ou mémoire en devenir. Le français aujourd'hui*, 166(3),33-41.
- Chahraoui, K. (2014). «Traumatisme et exil». Dans K. Chahraoui, *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. (pp. 127-151). Dunod.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.
- Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.
- Ferenczi, S. (1934). *Le traumatisme*. Payot.
- Kristeva, J. (2007). *Étrangers à nous-mêmes*. Gallimard.
- Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme. Contre-transfert avec les patients traumatisés*. La pensée sauvage.
- Lebigot, F. (2001). *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*. Dunod.
- Mead, M., & Chevassus, G. (2016). *Moeurs et sexualité en Océanie*. Pocket.
- Métraux, JC. (2013). Migration : les frontières mentales. Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales, *Rhizome*, 48.
- Moro, MR. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Dunod.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre, L'ordre philosophique*. Seuil.
- Rogers, C. (1987). *L'approche centrée sur la personne*. Ambre.

ACCUEILLIR LES EXILÉS EN FRANCE : LA PLACE DES ENGAGEMENTS CITOYENS

Estelle D'HALLUIN, maître de conférence en sociologie, directrice adjointe de l'UFR de sociologie à l'Université de Nantes.

Difficile en quelques mots de retracer l'histoire précoce de ce pays d'immigration – dans un continent d'émigrants – qui au 19^e siècle se caractérise déjà par l'arrivée et l'installation de nombreux travailleurs immigrés, d'exilés, pouvant être rejoints par leur famille. Au cours du 19^e et 20^e siècle, différents cycles migratoires – associés aux périodes de croissance économique – marqueront des périodes d'intensification des arrivées de travailleurs immigrés (Noiriel, 1988). Ceux qui fuient plus particulièrement des menaces de persécution, des conflits, l'autoritarisme de régimes dictatoriaux, des politiques discriminatoires, arrivent au grès des évolutions politiques dans leur région au cours des siècles derniers. Pour cette population plus spécifique, au cours du 20^e siècle, le « droit d'avoir des droits » - pour reprendre les mots d'Hannah Arendt, a été progressivement reconnu pour les minorités menacées de persécution dans leur pays d'origine. Le socle de cette protection internationale est la Convention de Genève des réfugiés de 1951. Dans les démocraties du Nord comme la France, les États sont toutefois demeurés souverains en matière d'évaluation des demandes de protection internationale, ont mis en place des procédures bureaucratiques d'évaluation individualisées. L'octroi d'une protection aux demandeurs d'asile était d'autant plus élevé (9/10 demandeurs obtiennent le statut de réfugié) que le nombre de demandeurs était peu élevé dans les années 1960, dans un contexte économique, diplomatique qui par

ailleurs favorisait cet accueil. À partir des années 1980, dans un contexte où la maîtrise des flux migratoires est devenue depuis une décennie le mot d'ordre des politiques migratoires, le taux d'accord s'inverse progressivement (c'est souvent 8/10 qui sont désormais déboutés). Pour bénéficier du statut de réfugié, la charge de la preuve s'est considérablement accrue pour les demandeurs d'asile (Noiriel, 1991) dans le contexte économique, diplomatique et politique moins favorable des « Trente piteuses ». Rappelons qu'aujourd'hui 85 % des déracinés, selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (déplacés internes forcés, demandeurs d'asile ou réfugiés) sont dans des pays en développement et que les parcours des exilés se sont complexifiés, allongés, précarisés, avec de multiples situations d'exposition à la violence au fur et à mesure du renforcement des politiques de contrôle des frontières. L'accompagnement de tiers – salariés ou bénévoles dotés d'une expertise sur le système de l'asile – devient toujours plus nécessaire. Cet accompagnement se joue dans un paysage institutionnel renouvelé à partir des années 1970 en France. En matière d'accueil, une politique nationale d'accueil se structure autour d'un dispositif national d'accueil (dna) suite à des mobilisations associatives. L'histoire de cet accueil de ces demandeurs d'asile et des réfugiés est marquée très tôt par l'action d'organismes privés aux côtés d'initiatives publiques. À partir de 1973, c'est un partenariat davantage formalisé et concerté

– une forme de délégation de service public – qui se noue dans le cadre d’une Convention avec le ministère des Affaires sociales. Désormais, des associations gestionnaires assureront notamment l’hébergement et un accompagnement juridique et social, recrutant des salariées à cette fin (centre provisoire d’hébergement pour les réfugiés ; Centre d’accueil pour demandeurs d’asile selon une distinction opérée en 1991). Pour autant, le dispositif est insuffisamment doté, le nombre de places insuffisant au regard du nombre de demandeurs d’asile arrivant chaque année. Aussi des structures bénévoles continuent d’œuvrer aux côtés des associations gérant les centres d’hébergement.

Invoquant souvent une obligation morale aux référents divers, tel l’ancrage religieux ou politique (d’Halluin & Mabillet, 2012 ; Siméant, 1998), ces bénévoles œuvrent ainsi depuis de longues années dans un champ caractérisé par son foisonnement, son degré différencié de structuration en association, de salarisation et de collaboration avec les pouvoirs publics. Ces engagements pluriels ont connu une visibilité renouvelée, à partir de 2015, au moment de la « crise des réfugiés » – une terminologie mal à propos qui ne rend ni compte des causes (économiques, politiques et environnementales) du fait migratoire mondial amplifié depuis les années 1980, ni des carences structurelles et des déséquilibres territoriaux dans le développement de dispositifs d’accueil (à l’échelle mondiale comme entre les pays de l’UE). En 2015, un plus grand nombre de personnes cherchent asile en Europe, les médias relaient la tragédie des navires échoués en mer, singularisent des tragédies comme celles du petit Aylan, publicisent des élans de solidarité comme le mouvement Welcome en Allemagne. Les besoins – notamment l’absence d’hébergement lié à la sous-dotation structurelle du dispositif national d’accueil – deviennent visibles,

« criants » diront certains acteurs, « en bas de chez soi » (Coutant, 2018).

Cette configuration cristallise un élan de solidarité que les dissensus entre États européens sur l’accueil des réfugiés, les discours nationalistes et les politiques sécuritaires (Bouagga, 2017) n’ont pas épuisé, parfois au contraire renforcé. Si la disponibilité biographique (la retraite, les études, l’insertion dans un réseau militant antérieur) structure souvent les engagements nécessitant une présence régulière (tenir une permanence, un vestiaire, etc.), l’hébergement chez soi a offert une opportunité d’engagement aux actifs disposant (mais pas toujours) d’un espace suffisant. Les enquêtes sociologiques montrent les valeurs religieuses ou politiques au principe de ces engagements formels ou dans des associations.

Mais la sensibilité à la cause des exilés résonne également avec des expériences d’injustice (discrimination, souffrance au travail, etc.) et/ou des expériences familiales (être descendant d’émigré, avoir vécu à l’étranger, se sentir européen, etc.). Ce secteur associatif demeure un monde hétérogène : à distance ou non de la délégation de services publics financée par l’État, marqué par des engagements plus ou moins contestataires, des relations de coopération ou de défiance...

BIBLIOGRAPHIE

- Bouagga, Y. (2017). *De Lesbos à Calais. Comment l’Europe fabrique des camps*. Le Passager clandestin.
- Coutant, I. (2018). *Les migrants en bas de chez soi*. Le Seuil.
- d’Halluin-Mabillet, E. (2012). *Les épreuves de l’asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*. Editions de l’EHESS.
- Noiriel, G. (1988). *Le creuset français. 1871-1971*. Éditions du Seuil.
- Noiriel, G. (1991). *La tyrannie du national: Le droit d’asile en Europe (1793-1993)*. Calmann-Lévy.
- Siméant, J. (1998). *La cause des sans-papiers*. Presses de Sciences Po.



Sarah Petiteau - @exquisite.collage

INTERVIEW :

RENCONTRE AVEC REBECCA, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, BÉNÉVOLE CHEZ MÉDECINS DU MONDE

Bonjour Rebecca, peux-tu me parler de ton parcours ?

Je m'appelle Rebecca Vinesse, j'ai un parcours un peu particulier car j'ai commencé mes études supérieures avec des études aux beaux-arts avant de commencer un double cursus avec la fac de psychologie à Nantes pendant deux ans. Puis j'ai arrêté mes études d'art pour me consacrer à la psychologie. J'ai eu mon Master de psychologie clinique et psychopathologie intégrative à la faculté de Nantes en juillet 2020. Depuis octobre je suis bénévole à Médecins du Monde et je travaille à l'unité de soins psychiatriques intensifs à domicile à la Roche-sur-Yon.

Quel est le public que tu rencontres ?

Des mineurs non accompagnés (MNA). Ce sont des étrangers qui arrivent sur le territoire Français et qui demandent à être reconnus mineurs par l'Aide Sociale à l'Enfance. Pour cela ils ont une évaluation de minorité mais une grande majorité d'entre eux ne sont pas reconnus. Suite à ce refus, ils peuvent faire un recours pour être réévalués, mais ce processus peut être très long. Ce sont ces jeunes en recours que nous rencontrons car pendant ce temps, ils n'ont le droit à rien : ils devraient être mis à l'abris mais une fois qu'ils ne sont pas reconnus ils ont un statut très précaire d'entre-deux, sans logement, etc...

Quel est ton rôle ?

Au début, en tant que bénévole, on commence par assurer les permanences où on accueille les jeunes qui arrivent pour les orienter. Dans un second temps, j'ai commencé les écoutes psychologiques, partie plus clinique et d'orientation. Ce sont des prises en charge qui durent normalement trois mois avant de les orienter vers le droit commun mais dans la pratique ce n'est pas vraiment ça. Pour certains un lien très fort va se créer rapidement ce qui rend davantage compliqué la réorientation vers des structures extérieures. Il y a également une partie contribuant au projet territoire santé mentale et tout le travail en réseau avec les CMP concernant les sujets qui ne parlent pas français. En ce moment, mon activité principale se trouve davantage au niveau de l'écoute psychologique. Les projets de groupe de parole avec des médiations ne peuvent malheureusement pas se réaliser à cause de la Covid. Mais normalement, cela fait partie des projets pour créer du lien entre les jeunes et penser à un soutien psycho-social très important pour eux.

Dans cette revue nous nous intéressons tout particulièrement à la spécificité de cette clinique qui peut se trouver emprunte de croyances et de préjugés. Est-ce que tu as été confronté de près ou de loin à cela ?

Évidemment on a tous nos représentations culturelles du soin et des attentes vis-à-vis de ce public. Par exemple, on a parfois l'impression que pour un jeune qui ne va pas bien, lui offrir la possibilité de faire un entretien psychologique lui permettra de s'inscrire dans le soin et d'aller mieux ; alors qu'en fait pour certains c'est très compliqué et le besoin se trouve ailleurs. Le métier de psychologue est en fait très ancré dans notre société occidentale mais la plupart des migrants ne savent même pas ce que c'est. Beaucoup en fait ont vécu des choses très dures mais ne souhaitent pas en parler et se tournent vers un autre type de soutien comme la religion par exemple.

Il me semble important d'aborder quelque chose que je peux observer dans ma pratique. Selon moi, le statut de recours des MNA se base sur un préjugé : celui que les jeunes mentent sur leur âge pour profiter des aides sociales par exemple. Alors plutôt que d'être dans une dynamique de les mettre à l'abris par principe de précaution, en partant du principe qu'ils sont mineurs comme les jeunes l'affirment, on est actuellement sur une présomption de mensonge, où le jeune doit prouver ce qu'il dit, prouver son âge.

Quelle incidence ces préjugés peuvent avoir selon toi ?

Dans le cas des MNA, cette présomption de mensonge conduit jusqu'au test osseux qui a pourtant une marge d'erreur de 2 ans... Cette idée qu'il faut des preuves d'une minorité et que la parole du jeune ne suffit pas - ou les papiers d'identité qu'il a, souvent considérés comme faux - a pour conséquence les situations terribles de ces jeunes. A Médecins du Monde, j'ai pu constater qu'il est souvent compliqué d'orienter un jeune car les structures sont très démunies. Les professionnels ne se rendent parfois pas compte que c'est un public très précaire, ils peuvent avoir peur face à certaines situations complexes

complexes présentées ou parce que le patient ne parle pas français. Il arrive que les jeunes soient relayés de service en service, ces derniers invoquant leur minorité et l'argument d'une situation relevant de la clinique transculturelle.

Finalement d'après toi, est-ce qu'il manque de dispositifs plus spécialisés ou alors de connaissances à propos de ces publics dans les dispositifs tout venant ?

A Médecins du Monde on ne veut pas discriminer ce public avec des dispositifs spécifiques aux MNA. Donc il semblerait peut-être plus adapté que le personnel des dispositifs en général soit plus formés. Par exemple au CHU de Nantes il y a un système d'interprétariat au téléphone qui est très peu connu, ce qui pourrait faciliter de nombreuses situations. De manière générale, plus de moyens en psychiatrie permettrait une meilleure orientation. En effet, les professionnels de la santé mentale, déjà surchargés, n'ont pas le temps de se mettre en difficulté avec des situations complexes.

Qu'est-ce qui t'as permis de dépasser les croyances que tu avais ?

Au début on arrive tout frais et on est ébranlé par les rencontres. La réalité du terrain implique une remise en question. Certains jeunes veulent tout de suite aborder leurs problèmes alors que d'autres pas du tout. On est alors obligé de se décaler de notre position habituelle pour essayer de les connaître un peu mieux, savoir ce qu'ils aiment et racontent de leur pays d'origine pour rencontrer la personne et pas uniquement le patient. C'est un peu cliché mais faire un lien autrement et s'adapter en prenant le temps de rencontrer la personne et ce qui fait sa singularité est ce qui prime dans la relation.

Quels sont les réels besoins dans le cadre d'une prise en charge psychologique ?

Au début j'étais arrivée en me disant que la priorité était le trauma parce qu'il y a énormément de stress post-traumatique dans le parcours migratoire mais en fait ce n'est souvent pas le bon moment. D'abord il faut trouver des ressources, un logement, en attendant le recours. La priorité est de créer une relation qui puisse être sécurisante afin que le jeune se sente libre de parler de ce qu'il souhaite. Certains jeunes ont besoin de parler des éléments traumatiques, d'autres, même si on peut voir qu'ils ne vont pas bien, ne sont pas prêts. Prendre le temps de les rencontrer et de créer un lien est le plus important, ce qui peut passer par exemple, par un appel téléphonique avant chaque rendez-vous. On ne fait pas de psychothérapie comme on pourrait le croire, notre objectif est d'accueillir et analyser la demande afin de réorienter vers des structures extérieures adaptées. La création du lien de confiance permet justement de garantir une continuité de la prise en charge et du lien, en soutenant la prise de rendez-vous, en expliquant ce en quoi il consiste. Médecins du Monde n'est pas là pour remplacer le droit commun. On essaye de les orienter le plus vite possible. Après dans la réalité, parfois ils prennent la suite en proposant un suivi toutes les deux semaines alors que le jeune est en grande souffrance alors il faut pouvoir soutenir le temps que le relais se fasse de manière adaptée.

Quelle place occupent les associations et les bénévoles auprès de ce public ?

Les associations ont un rôle de première ligne. Il y a un grand manque de l'état concernant ce public en recours. Donc les réseaux solidaires de familles d'accueil ou les associations comme *Aurore* ou l'autre cantine par exemple sont très importants et viennent palier ces insuffisances.

Est-ce que certains outils aiguillent ta pratique et aurais-tu des auteurs de référence qui t'ont permis de penser cette clinique ?

Tobie Nathan évidemment c'est le grand classique de la clinique transculturelle car il met au même niveau le soin psychologique et la culture : qu'est-ce que d'entendre des voix selon une autre culture ? J'ai aussi fait une formation avec Médecins du Monde "élan de transculturel" qui nous a présenté un outil intéressant qui permet d'analyser ce qu'on qualifie de choc culturel. Sur le site "*Prismes-élan*", les professionnels qui travaillent avec ce public peuvent partager des difficultés qu'ils ont rencontrées et échanger autour de ces situations cliniques.

Pour finir, en quelques mots quelles sont les spécificités de l'accompagnement de ce public ?

La question de la précarité est centrale à repérer afin de les intégrer au soin. Cela reste des enfants qui sont loin de leur famille et en grande difficulté. Il faut montrer qu'on est là, contenant et consistant. Il faut faire preuve de souplesse et d'adaptation permanente ce qui rend l'utilisation de protocoles préétablis difficilement envisageable. Par conséquent, je dirais qu'il est primordial de se remettre en question régulièrement afin de s'ajuster à la singularité du jeune. Ma formation intégrative m'aide beaucoup pour ça : parfois avoir recours à des outils TCC, d'autres fois penser à des rapports purement transculturels. Penser également au travail en réseaux avec des éducateurs, des psychiatres et surtout avec des interprètes.

POUR ALLER PLUS LOIN...

<https://prismes-elan.fr>



(FAIRE) FACE À LA VULNÉRABILITÉ

Nicolas CHAMBON, sociologue et maître de conférence associé à Lyon 2, responsable de la recherche à l'Orspere-Samdarra (CH Le vinatier), Centre Max Weber (UMR 5283 CNRS), Directeur de publication de la revue Rhizome.

Gwen LE GOFF, politiste et directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra (CH Le vinatier), laboratoire Triangle.

A la suite de l'article « Vulnérabilités et demande d'asile » (p. 8 de la revue), intéressons-nous maintenant aux personnes directement concernées : les demandeurs d'asile ; et ce qui les « fait tenir ». Notre proposition s'appuie les matériaux d'un séminaire de réflexion intitulé « paroles, expériences et migration » avec 3 professionnels et 8 personnes ayant une expérience migratoire et de la procédure de demande d'asile.

Pourquoi un séminaire avec des migrants-anciens demandeurs d'asile ?

Des professionnels [1] de l'Orspere-Samdarra ont animé un séminaire de réflexion intitulé « paroles, expériences et migrations » à destination des personnes ayant sollicité l'asile sur le territoire français. Le groupe était constitué de 8 personnes, 7 hommes et une femme, en situation régulière ou irrégulière dont les pays d'origine étaient les suivants : Congo, Albanie, Kosovo, Syrie, Éthiopie, Côte d'Ivoire, Tchétchénie, Guinée. La proposition générale était d'échanger sur ce qui avait pu faire soutien, de comprendre les ressources mobilisées alors qu'ils étaient pour certains en procédure et/ou sans hébergement... Se trouver dans un pays dont ils ne maîtrisaient pas tous la langue, dans une procédure dont l'issue était incertaine,

avec parfois des problématiques de santé (cancer du sein, problème pulmonaire ou de santé mentale), encourage indéniablement à trouver des ressources auprès des personnes rencontrées mais aussi au plus profond de soi. Nous imaginions qu'ils auraient des choses à raconter, des débrouilles du quotidien aux récits de survie pendant les années de procédure alors que nous ne leur demandions pas d'aborder les raisons de départ leur pays d'origine qui constituait le cœur de leur dossier d'asile. Les nombreux soutiens (bénévoles ou professionnels) à la fois dans la vie quotidienne ou les procédures de régularisation confèrent aux migrants l'image de personnes dépendantes des aides qu'on leur propose. Lors du séminaire, les participants nous ont semblé pleinement acteurs des soutiens qu'ils choisissaient d'activer ou non. Ainsi, certaines associations sont préférées alors que des liens communautaires peuvent être mis à distance. Parallèlement, beaucoup justifient leurs actions, leurs projets non pas par des motivations personnelles (celle d'aider sa famille au pays, de donner un avenir à ses enfants) mais par un souci collectif de participer à la société qui les a accueillies. Ils se placent là encore moins comme des êtres vulnérables que comme des acteurs prêts à participer et s'inscrire dans un projet politique. « Je suis fier d'être Français parce que c'est le pays qui m'a aidé, qui m'a donné

[1] Il s'agit de Vincent Tremblay, Natacha Carbonel et Gwen Le Goff.

une protection Je veux être Français, et faire quelque chose pour ce pays » dira l'un des participants. Au-delà des aides activées et de la réelle reconnaissance à l'endroit des personnes présentes tout au long du parcours, les demandeurs d'asile présents ne semblent pas dupes, le parcours c'est le leur. Ce sont également leurs qualités qui permettront (ou pas) d'avoir un statut, de rencontrer les bonnes personnes et plus tard de s'intégrer.

Le « parcours du combattant »

Il y a consensus parmi les participants du séminaire sur le fait que les demandeurs d'asile sont mis à l'épreuve à leur arrivée en France. La saturation du DNA, documentée précédemment, ne permet pas d'offrir des places d'hébergements à tous les primo arrivants. Les passages à la rue, ou dans des habitats très précaires, l'interdiction de travailler, le montant peu élevé ou les retards de versement de l'ADA font qu'un certain nombre de demandeurs d'asile vivent dans des situations de précarité exacerbée pendant toute ou une partie de la procédure. Ainsi l'un des participants du séminaire le résume : « Le parcours des migrants, nous on appelle ça le parcours des combattants, oui c'est comme à la guerre ! ». Plus les personnes se retrouvent dans des situations de précarité, un environnement hostile plus ils partagent l'impression qu'ils ne sont pas accueillis, donc pas les bienvenus sur le territoire. Le sentiment d'être « indésirable » est encore renforcé par le contexte politique actuel. Un ancien demandeur d'asile explique l'effet que ce contexte politique produit chez lui : « Ça me démoralise, ça me terrifie parce que la nouvelle loi, la circulaire, ne sont pas en faveur des immigrés. C'est affreux, moi ça me fait vraiment peur. Déjà on a fui nos souffrances là-bas ! Ça rend fou. Depuis que j'ai entendu parler de cette circulaire, je n'arrive plus à dormir ». Ces conditions d'accueil surprennent d'autant que cela

ne correspond pas nécessairement à l'idée qu'on pouvait se faire de la France à distance. Plusieurs personnes le notent : « Quand j'étais en [nom du pays d'origine], l'Europe c'était le paradis sur terre mais malheureusement, c'est le contraire ! » Cette absence d'accueil perçue comme injuste est interprétée comme donnant une mauvaise image de l'État français. « La France vaut mieux que ça. Pourquoi elle nous traite comme ça ? » Les migrants insistent, quand ils explicitent les conditions d'accueil, sur la différence entre ce qu'ils interprètent comme émanant de l'État ou de la société civile. Les effets de la politique migratoire s'apparenteraient à des situations de stigmatisation, de discrimination dont chacun a fait l'expérience. Pour ceux en situation irrégulière, le quotidien reste compliqué : « La vie d'un étranger c'est pas facile » ou encore « C'est ma vie, c'est une période très dure ». Les personnes dénoncent elles-mêmes l'impact de se sentir mal accueilli sur sa propre santé mentale, d'autant plus que les souffrances liées à la précarité en France s'ajoutent aux souffrances vécues dans le pays d'origine : « Ça rend fou... Par rapport à ce que tu as vécu chez toi. C'est encore pire ! »

Trouver des liens/des lieux

Les personnes qui déposent une demande d'asile, se retrouvent de fait démunies et isolées. Le fait de ne pas maîtriser les codes, les étapes de la procédure, les placent dans des situations d'interdépendance. « C'est plutôt la situation en France qui n'aide pas les gens qui ne maîtrisent pas bien comment fonctionne les institutions françaises, qui perdent le pied facilement ». Les associations et les activités proposées permettent de ne pas être seul, de s'occuper pour ne pas se sentir déprimé. « Ce monde-là [celui des associations] est quand même bien organisé du point de vue relationnel, du point de vue de la relation humaine, et qui m'a apporté beaucoup de réconfort,

beaucoup de soutien psychique je dirai, soutien moral, et puis du soutien humain ». Alors que certains soutiens sont indexés au statut administratif ou à l'étape de la procédure, certaines associations apportent une aide inconditionnelle « Tu peux rester là-bas jusqu'à ce que tout soit mis en règle. » C'est alors un cadre rassurant. Les activités proposées sont aussi des temps de pause hors des questions administratives et des préoccupations quotidiennes. « Du coup on se retrouvait là-bas [en parlant du club de foot proposé par l'association], c'était de belles retrouvailles, on se parlait entre nous de nos problèmes. On oubliait les choses quoi, on oubliait beaucoup de choses qu'on avait vécues chez nous, et la manière de vie qu'on mène en France aussi : ça nous faisait oublier, même pas tout mais ça nous relaxait un peu ».

Il faut donc savoir s'entourer. Les démarches de régularisation sont parfois portées par l'entourage, acteur à part entière des envois de courriers, des rédactions de certificat. La régularisation est alors fruit d'un travail collectif « c'était grâce à l'entourage, pas grâce à moi. » « Les papiers dont je dispose, le titre de séjour n'est pas un titre de séjour donné à ma personne, mais c'est un titre de séjour donné aux français qui sont intervenus en mon nom. » « J'ai participé à beaucoup d'associations. Aujourd'hui, j'ai beaucoup d'amis, je pense deux cent amis français. »

Attester des bonnes ressources

Les personnes rencontrées le soulignent : il s'agit de faire avec les dispositifs en place mais surtout de trouver les bonnes personnes, les bons soutiens. C'est aussi un moyen d'avoir de la reconnaissance, d'être valorisé et de garder confiance en soi. Les actions de bénévolat pour ceux qui n'ont pas l'autorisation de travailler, pendant la procédure de demande d'asile ou lorsque les personnes sont déboutées occupent

pour certains une partie importante de leur emploi du temps. « Pendant les années d'attente, j'ai travaillé comme quelqu'un qui était salarié. Les journées j'étais dans des maisons de quartier pour des demandeurs d'asile ou d'autres étrangers qui apprenaient des langues, qui apprenaient le français et puis, les soirs je passais d'une famille à l'autre pour accompagner des enfants ». Les associations et les liens créés permettent également de prouver sa démarche d'intégration. L'enjeu est alors non seulement d'être bien entouré mais de pouvoir justifier de ses amis, de son bon voisinage, de son engagement associatif comme autant de vecteurs d'intégration pour obtenir un titre de séjour une fois débouté de l'asile. Les certificats sont donc considérés comme des « coups de pouce », « des pistons ». Les personnes qui les délivrent semblent être conscients de l'impact bénéfique pour le demandeur d'asile, tout comme la Cour Nationale du Droit d'asile qui lors d'une audience et au vu des certificats liés aux activités bénévoles d'une personne : « Vous êtes quelqu'un de très actif, de très dynamique. » Pour autant, les certificats ne s'obtiennent pas si facilement. « Il faut toujours en fait travailler avec eux pour avoir un certificat. Ce n'est pas donné à tout le monde ». Dans un contexte où l'accès à l'emploi est interdit, l'accès aux formations souvent difficile, ces documents viennent attester de la valeur et des compétences de l'individu. Il est souligné à quel point toute activité nécessite des compétences ne serait-ce qu'« être à l'écoute, partager le temps ou avoir le sourire ». Certains semblent avoir plus de valeur que d'autres, il peut s'agir d'un « petit certificat » qui n'est pas un diplôme, ni vraiment un certificat mais plutôt une attestation. Certaines associations proposent même des missions salariées à certains bénévoles, ou vont leur donner des coups de pouce pour trouver leurs premiers emplois rémunérés. « Mon troisième travail, je l'ai trouvé encore par l'intermédiaire de

[nom de l'association]. C'était dans un centre d'urgence à Châtillon d'Azergues et mon rôle c'était interprète. J'étais vraiment très très contente parce que c'était mon métier ».

Gérer le rapport à la communauté

Le rapport à la communauté semble très ambivalent. À la fois les soutiens communautaires sont les plus accessibles au moment de l'arrivée, puis qu'au nom d'une appartenance commune, l'origine, la nationalité ou l'ethnie, des processus de solidarité se mettent en œuvre. « C'est-à-dire en demande d'asile, la personne est à moitié en situation de sécurité je dirais, parce qu'elle a un récépissé qu'elle renouvelle chaque fois. Et à ce moment-là on est facilement accueilli et accompagné par sa communauté de départ, parce que cette communauté qui t'a précédé, qui est là depuis un moment, sait comment les choses fonctionnent, et pense que la personne que nous recevons, que nous accueillons est dans une situation de régularisation en processus, elle sera régularisée. » Des liens d'autant plus recherchés pour des personnes qui ne maîtrisent pas le français. « Quand quelqu'un se sent incapable de discuter, de répondre à des bonnes questions parce qu'il n'a pas suffisamment d'outils - notamment la langue - pour s'exprimer, cette personne va faire confiance à quelqu'un qui maîtrise sa langue et qui parle sa langue ».

Pour autant ces liens apparaissent « fragiles ». S'il y a une solidarité qui se crée au nom d'une proximité de l'expérience, celle d'avoir été demandeur d'asile, elle n'est souvent plus à l'œuvre une fois que la personne est déboutée de sa demande. Comme si le fait de ne pas avoir été reconnu par l'État comme réfugié délégitimait l'aide et le soutien de la communauté. Elle va alors souvent prendre ses distances : « une fois que tout est coupé, même les gens de votre

communauté commencent à se mettre à distance, à avoir un peu de recul, un peu de distance, à vous fuir même. » Cela s'explique en partie par la peur, notamment pour des personnes en situation régulière et qui ont l'objectif d'être naturalisées et craignent les représailles liées à l'aide, l'hébergement de personnes en situation irrégulière. Au moment où le demandeur d'asile, fragilisé par la réponse négative aura besoin d'un soutien, d'un hébergement, même la communauté installée prend ses distances. La temporalité entre les demandeurs d'asile et les migrants installés, régularisés, mariés qui travaillent et ont une famille n'est plus la même non plus. Alors que les premiers ont du temps à tuer, les autres sont très pris. Il est souligné également lors des échanges, à quel point le lien avec la communauté peut être un piège : les aides dont la contrepartie n'est annoncée que plus tard, l'hébergement dont il est difficile de mettre fin ou alors les relations qui enferment et apparaissent comme une entrave à l'apprentissage du français et l'intégration future. « Pour moi, le groupe communautaire c'est le pire ennemi de n'importe qui entre en France » nous confie un participant. Finalement, les liens communautaires s'opposent aux autres liens créés sur un registre plus affinitaire avec des bénévoles des associations, d'autres demandeurs d'asile, des liens alors choisis plus que subis.

Conclusion

D'un côté, même si ce mouvement d'appréhension des vulnérabilités semble correspondre à une volonté de personnaliser la procédure de demande d'asile ainsi que l'accompagnement, il se heurte à la difficulté de les caractériser et de les objectiver, et incidemment d'adapter le dispositif aux spécificités désignées comme telles. En santé mentale, objectiver la souffrance psychique liée à l'expérience des migrants pose des difficultés aux soignants.

De l'autre, ce mouvement induit à s'intéresser aux ressources des personnes concernées. Nous avons été surpris des ressources mobilisées pour ne pas être comme les autres et à créer des liens avec des personnes susceptibles de les aider. On comprend alors la violence pour les demandeurs d'asile de se voir assigner le qualificatif de « vulnérable » par l'intermédiaire d'un certificat.

Cette perspective oblige à un déplacement. Accorder une place à cette fragilité c'est en effet accorder de l'importance aux manières de faire face, de compenser... Cette nouvelle « articulation entre le singulier et le commun » invoquée par Martucelli (2014, p. 37) peut difficilement se faire uniquement par le vecteur de catégories préétablies, fussent-elles nombreuses et variées. Le développement de formes d'interventions qui se réclament d'une « clinique du lien » ou des formes de solidarité fondées sur un accueil inconditionnel nous entraîne à questionner ces espaces de rencontre et leurs régimes de dépendance entre les migrants et les aidants ; voire à participer à en proposer. Nous avons transcrit et traduit quelques thématiques qui nous semblaient les plus saillantes dans la dernière partie de cet article. Et si nous avons dérobé, au moins dans l'objectif, à l'idée d'être un dispositif de soin, nous avons entendu ce qu'ils avaient à nous dire. Peut-on être capable de l'entendre ? Pour Gaëlle Deschamps : « Il est donc question d'objectiver son corps, celui-ci pouvant incarner l'espoir pour demain. Dans le même temps, la récente demande de certificat de vulnérabilité pour les demandeurs d'asile crée de l'ambiguïté : il s'agit de mettre en avant sa faiblesse, accepter de se montrer victime, se projeter via la défaillance du corps. Nous avons toutefois rencontré une usagère ayant jeté son certificat de vulnérabilité, au grand désespoir du médecin, celle-ci ne semblait pas comprendre en quoi et pourquoi elle

devait se montrer « vulnérable » (Deschamps, 2016, p49). Il faut effectivement en être capable.

BIBLIOGRAPHIE

Martucelli, D. (2014). « la vulnérabilité, un nouveau paradigme ? ». Dans, Brodiez-Dolino, A., Von Buelzingsloewen, I., Eyraud, B., Laval, C., & Ravon, B., (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales*, PUR, (2014), p. 27-39.

Deschamps G., Béal A., Fieulaine N. (2016). « Analyse psychosociale de l'expérience du recours aux Pass et aux EMPP des populations migrantes », Rapport Orspere-Samdarra.

TRANSIDENTITÉS



Ateş Mesci Çelik - @mesciartworks



OPPRESSIONS SYSTÉMIQUES ET PATHOLOGISATION DE LA TRANSIDENTITÉ : IMPLICATIONS CLINIQUES

Raven BUREAU, psychologue spécialisé en Thérapies Comportementales et Cognitives, doctorant et militant associatif (Reboo-T, PRISME).

Julie DACHEZ, maîtresse de conférences en psychologie sociale à l'INSHEA. Ses sujets de recherche concernent l'insertion professionnelle des personnes autistes, et la santé mentale des personnes autistes transgenres.

Depuis une trentaine d'années, des recherches démontrent que l'accès aux soins de santé, ainsi que leur qualité, sont différenciés en fonction de critères tels que l'ethnie, le genre et la classe sociale des patient-e-s. Le lien entre le statut socio-économique et la santé a été démontré de façon constante (Adler & Stewart, 2010). En France, la loi de santé mentionne que « les enfants d'ouvriers ont 10 fois plus de chances d'être obèses que les enfants de cadres, les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles » (La loi de santé, s. d.). Ces inégalités, tant en termes d'accès, que d'offre et de qualité des soins, sont à ce point prégnantes qu'elles amènent certains chercheurs à se questionner sur l'existence d'une « médecine de classe » (Gelly & Pitti, 2016).

La question des inégalités raciales est elle aussi largement documentée. L'enquête publiée à ce sujet en 2003 par l'institut de médecine aux États-Unis conclut que les préjugés et stéréotypes raciaux des professionnel-les de santé entraînent des différences de traitement. Les auteurs et autrices plaident pour davantage de recherches à ce sujet, ainsi qu'une éducation des médecins aux différences culturelles

(Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, 2003).

La façon dont ces différents facteurs interagissent entre eux est également étudiée. Ainsi une femme noire, victime à la fois de racisme et de sexisme, sera d'autant plus vulnérable aux inégalités. À titre d'exemple, si les femmes blanches sont plus souvent touchées par le cancer de l'ovaire, le taux de mortalité des femmes noires est 1.3 fois supérieur (Collins et al., 2014). Selon les auteurs-ices, même si les raisons à cela sont multifactorielles, il semblerait qu'une égalité de traitement entraîne des pronostics similaires pour ces deux populations.

Ces résultats doivent nous alerter sur les biais qui traversent les professionnel-les de santé, les conduisant à (re)produire des inégalités. Si les recherches portant spécifiquement sur les psychologues demeurent peu nombreuses, celles qui existent démontrent qu'ils ne font pas exception à la règle. Ainsi, une étude s'intéressant aux premières impressions de thérapeutes en cours de formation à l'égard de leurs patient-e-s a révélé qu'ils évaluaient plus négativement les patients

et patientes issu-e-s de classes populaires, jugeant qu'iels étaient plus dysfonctionnel·les et qu'il était plus désagréable de travailler avec iels (Smith et al., 2011). De façon générale, les psychologues en formation préfèrent les patient·e-s qui partagent les mêmes valeurs et attitudes qu'eux, et qui ont une bonne capacité d'introspection et de réflexivité (Teasdale & Hill, 2006).

Une recherche récente s'est intéressée à l'impact de la classe sociale et de la race [1] sur la prise de rendez-vous avec un·e thérapeute à New-York. Les appelant·e-s noir·e-s, en moyenne, ont 40% de chances en moins d'obtenir un rendez-vous, et ce chiffre atteint les 70% pour les appelant·e-s issu-e-s de classe populaire comparativement aux appelant·e-s issu-e-s de classe moyenne (Kugelmass, 2016). En plus d'avoir iels-mêmes leurs propres préjugés, qui affectent l'accès et la qualité des soins dispensés, les thérapeutes sous-estiment l'impact du racisme sur la vie de leurs patient·e-s, et perçoivent certains de leurs propos comme des distorsions cognitives alors qu'il s'agit de stratégies de coping mises en place pour lutter contre le racisme (Butler & Shillingford-Butler, 2014). Cela peut occasionner la mise en place d'une thérapie inadaptée, basée sur une restructuration cognitive par exemple, alors qu'une thérapie permettant d'identifier et verbaliser les mécanismes d'oppression, tout en travaillant sur la revalorisation de soi et le pouvoir d'agir, serait plus efficace. Ce manque d'informations sur la réalité du vécu des patient·e-s met en péril l'alliance thérapeutique. Il donne également le sentiment aux patient·e-s d'être invisibles, tout en leur faisant craindre de paraître illogique ou irrationnel aux yeux de leur thérapeute (Burt, 2016).

Il n'est donc pas difficile d'envisager que ce type de biais puisse s'appliquer également aux personnes transgenres. En effet, le genre, tel qu'il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé [2], renvoie à la construction sociale des identités. Il fait référence aux rôles qui sont déterminés socialement, aux comportements, activités et attributs qu'une société considère comme appropriés en fonction du cadre culturel. C'est aussi un ensemble de caractéristiques que nous nous approprions pour nous définir et nous positionner socialement.

Le genre est également une catégorie sociale d'analyse des rapports sociaux de sexe qui révèle un système binaire, hiérarchisé entre les valeurs qui sont associées au « féminin » et au « masculin ». En cela, il est différent du sexe biologique. Ce dernier fait référence aux caractéristiques sexuées primaires et secondaires (organes génitaux, hormones, etc.). Dans notre cadre culturel occidental, ces deux concepts sont fréquemment liés et il arrive qu'ils soient congruents (c'est le cas par exemple pour les personnes cisgenres, dont le genre correspond à celui qui leur a été assigné à la naissance).

Les normes de genre interviennent très tôt dans la vie d'un individu, souvent même avant sa naissance (« C'est une petite fille ou un petit garçon ? »). Dès sa naissance, en fonction de l'apparence externe de ses organes génitaux, un genre va être attribué à l'enfant. Parfois même lorsque cela ne représente pas la réalité biologique de la sexualité de cet enfant, comme c'est le cas pour les personnes intersexes [3].

Ces normes de genre binaires, imposées dès la naissance, entraînent encore aujourd'hui des mutilations génitales et prises

[1] « race » s'entend ici au sens sociologique du terme

[2] Source : <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>

[3] Pour plus d'informations, consulter le collectif Intersexes et Allié·e·s/OII France : <https://cia-oii france.org/>

hormonales imposées tout au long de l'enfance et de l'adolescence pour faire correspondre les personnes intersexes aux normes de genre.

Ces normes, bien qu'elles semblent « naturelles », sont donc bien un concept social, renforcé de manière usuelle par leurs applications dans la vie quotidienne, par exemple à travers la façon dont une personne s'habille, se comporte, etc. (Butler, 2004). Les personnes transgenres, en ce que leur genre réel ne correspond pas à celui qui leur a été attribué à la naissance, transgressent ces normes. Face à cette transgression, le groupe social va imposer un contrôle pour assurer son équilibre et le respect de ces normes (Becker, 1997). Ce contrôle passe, par exemple, par un processus d'étiquetage des personnes comme « déviantes », ce qui amène à leur stigmatisation (Goffman, 1990). Ce processus peut être reflété, par exemple, à travers la création de catégories de troubles mentaux et l'élaboration de critères diagnostiques correspondants qui visent non pas des caractéristiques pathologiques, mais simplement des transgressions de la norme. Un exemple flagrant est celui de la psychiatisation de l'homosexualité, depuis sortie des classifications de santé mentale.

Un cheminement similaire peut être observé en ce qui concerne les personnes transgenres. En effet, les définitions pour catégoriser les personnes transgenres ont évolué : les « critères diagnostiques » sortant progressivement de la catégorie de troubles (passant de « trouble de l'identité de genre », à « dysphorie de genre », (APA, DSM-5, 2013), les institutions telles que l'OMS reconnaissant désormais qu'il s'agit d'une variation normale du développement humain et non d'un trouble psychiatrique.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les professionnel·les de santé mentale sont également sujet·tes à ces biais.

L'entretien thérapeutique est avant tout une interaction sociale et peut donc refléter ces dynamiques de stigmatisation et d'inégalités. Cela peut être tout particulièrement le cas en ce qui concerne les personnes transgenres. En effet, la littérature évoque depuis une vingtaine d'années l'idée que la majorité des problématiques des personnes transgenres sont issues de la stigmatisation et sont d'origine sociale plutôt qu'individuelle (par ex., Bartlett et al., 2000).

Ce processus de stigmatisation entraîne des conséquences importantes, notamment la discrimination. En effet, le fait d'être ouvertement trans entraîne une augmentation du risque d'être discriminé·e dans l'accès aux soins (FRA, EU LGBT Survey, 2014). 23 % des personnes interrogées rapportent éviter de contacter des professionnel·les de santé (y compris de santé mentale) alors qu'ils en ressentent le besoin par peur de la discrimination et 19 % évoquent ne pas avoir confiance dans la qualité des soins disponibles (FRA, EU LGBT Survey, 2014).

Comme obstacles à leur accès aux soins, les personnes évoquent notamment la nécessité de devoir éduquer elles-mêmes leurs thérapeutes sur le genre, les problématiques de discrimination et l'expérience transgenre en général (James et al., 2016). Elles évoquent également des questions inappropriées, stigmatisantes et déplacées de la part de certain·es professionnel·les (James et al., 2016) (par ex : un·e psychologue qui cherche à connaître l'apparence des organes génitaux). Il semble donc essentiel que les psychologues se forment sur ces questions et cultivent une forme de réflexivité sur leur propre pratique.

Le modèle développé par Anzani et al. (2019), élaboré à partir de l'expérience de personnes transgenres évoquant leur suivi en santé mentale, nous semble un bon guide pour les psychologues et futur·es psychologues



souhaitant créer un cadre sécurisé et positif pour les personnes transgenres. Ce modèle se décompose en 4 attitudes non exclusives et qui peuvent se placer sur un gradient passif - actif (voir figure 1) :

L'absence de micro-agressions.

Les personnes transgenres sont si souvent confrontées à la discrimination et à la stigmatisation qu'elles décrivent leur absence comme un point positif d'un suivi en santé mentale. Cette donnée nous semble illustrer à quel point il est essentiel et nécessaire que les (futur-es) psychologues se forment à l'accueil des personnes transgenres, mais aussi aux oppressions systémiques et à l'impact qu'elles ont sur la santé mentale.

Reconnaître le poids des normes de genre.

Les différents combats autour des droits des femmes, contre les violences sexistes et sexuelles, etc., continuent de démontrer le poids des normes de genres. Ces normes ont également un poids important dans la vie des personnes transgenres, par exemple au travers des exigences en termes d'apparence physique et de conformité

à ces normes au cours de leurs démarches de transition. Elles ont également un impact tout particulier sur les personnes de genre non-binaire, qui voient leur genre constamment remis en question.

Transgresser la cisnormativité.

Il s'agit d'une attitude plus active de la part du/de la thérapeute, en ce qu'elle soutient la personne qui sort des normes de genre.

Le/la thérapeute peut mettre en place certaines choses simples mais hautement symboliques, comme par exemple ne pas attendre des changements administratifs pour indiquer le genre et le prénom de la personne sur son dossier, faciliter l'expression de prénom/pronoms d'usage lors de la prise de rendez-vous, etc.

Voir le genre authentique.

Ceci fait notamment référence au fait d'utiliser les prénoms et pronom(s) d'usage de la personne, mais également au fait que le/la thérapeute ne réduit pas l'expérience, l'identité et les problématiques de la personne à son identité de genre.

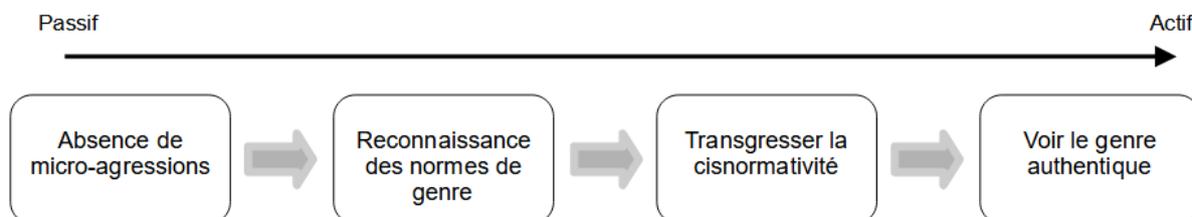


Figure 1. Modèle des attitudes affirmatives en thérapie, traduit de Anzani et al., 2019.

Selon la psychologie critique (*critical psychology*), un contre-courant qui vise à mettre en lumière le rôle politique de la psychologie (Fox et al., 2009), les pratiques et connaissances produites par la psychologie alimentent un statu quo en faveur des dominants. Il convient donc de prendre conscience du rôle politique de la psychologie afin de la mettre au service de l'émancipation humaine et de la justice sociale. A ce titre, écouter la parole des personnes concernées (et volontaires!), se former et s'informer au sujet de leurs combats, quelles que soient les discriminations qu'elles subissent, nous semble essentiel pour une pratique de la psychologie éthique et non oppressive.

BIBLIOGRAPHIE

- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 5-23. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x>
- Anzani, A., Morris, E., & Galupo, M. (2019). From Absence of Microaggressions to Seeing Authentic Gender: Transgender experiences with microaffirmations in therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1662359>
- Bartlett, N. H., Vasey, P. L., & Bukowski, W. M. (2000). Is Gender Identity Disorder in Children a Mental Disorder? *Sex Roles*, 43(11), 753-785. <https://doi.org/10.1023/A:1011004431889>
- Becker, H. S. (1997). *Outsiders* (New e. édition). S & S International.
- Burt, I. (2016). Burt, I., Russell, V.E.D., & Brooks, M. (2016). The invisible client: Ramifications of neglecting the impact of race and culture in professional counseling. *VISTAS 1016*, 1-10. *VISTAS*, 1016, 1-10.
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender*. Routledge.
- Collins, Y., Holcomb, K., Chapman-Davis, E., Khabele, D., & Farley, J. H. (2014). Gynecologic cancer disparities: A report from the Health Disparities Taskforce of the Society of Gynecologic Oncology. *Gynecologic Oncology*, 133(2), 353-361. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.12.039>
- Fox, D., Prilleltensky, I., & Austin, S. (2009). *Critical Psychology: An Introduction*. SAGE.
- FRA European Union Agency for Fundamental Rights (2014). EU LGBT survey. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results_tk3113640enc_1.pdf
- Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58(1), 7-18.
- Goffman, E. (1990). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (New Ed édition). Penguin.
- Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care* (B. D. Smedley, A. Y. Stith, & A. R. Nelson, Éds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK220358/>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafí, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. transgender survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- Kugelmass, H. (2016). "Sorry, I'm Not Accepting New Patients". *Journal of health and social behavior*. <https://doi.org/10.1177/0022146516647098>
- La loi de santé. (s. d.). Gouvernement.fr. Consulté 24 avril 2021, à l'adresse <https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>
- Smith, L., Mao, S., Perkins, S., & Ampuero, M. (2011). The relationship of clients' social class to early therapeutic impressions. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(1), 15-27. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.558249>
- Teasdale, A. C., & Hill, C. E. (2006). Preferences of therapists-in-training for client characteristics. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(1), 111-118. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.111>

L'ACCUEIL DES PERSONNES TRANS EN CONSULTATION PSY : LES ÉCUEILS DE PRATIQUES CISNORMATIVES

Eliot SEVRICOURT, militant transféministe, psychologue et formateur au Centre LGBTI de Normandie. Il reçoit des personnes LGBTI, leurs familles et visite des détenu·e·s LGBTI en détention. Son approche repose principalement sur une pratique de la relation d'aide radicale, qui vise à co-construire avec la personne reçue les modalités de suivis qui lui sont utiles en fonction de sa situation. Il est particulièrement sensible aux impacts des systèmes de discriminations et sur la manière dont ils façonnent les existences des personnes que reçues.

Les personnes trans que je rencontre, en contexte associatif ou ailleurs, rapportent massivement des réticences à recourir au système de soin. Quelques noms de professionnel·les de santé approuvé·es par les pairs circulent ; se rendre au cabinet d'un·e professionnel·le inconnu·e se fait le plus souvent à contre-cœur. Ce n'est pas une nouveauté, et le renoncement aux soins des personnes trans est déjà documenté (Safer et al., 2017). Al [1] ne s'agit donc pas d'une question individuelle, mais bien d'une problématique systémique de prise en charge défaillante des personnes trans, qui conduit ces dernières à désertier les cabinets médicaux et à ne consulter qu'en dernier recours.

Je propose ici de m'intéresser au cadre spécifique de ma pratique : l'entretien psychologique ; et de m'essayer à décortiquer les difficultés fréquentes rencontrées par les personnes trans afin d'améliorer leur accueil. Si mon contexte est spécifiquement "psy", une partie des difficultés relevées et des solutions à y apporter peuvent, je le pense, s'appliquer à d'autres contextes de santé.

Je mobilise ici le concept de cisnormativité, qui postule que "les personnes qui s'accommodent du genre assigné à leur naissance sont plus normales que les personnes qui décident de vivre dans un autre genre et qui effectuent une transition de genre" (Baril, 2009 ; Serano, 2007). La question de l'impact de la cisnormativité dans la prise en charge des personnes trans a déjà été étudiée, notamment outre-atlantique (Borba & Milani, 2017 ; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018 ; Le Breton, 2013). Je l'entends ici comme un prisme de lecture des situations, majoritairement présent dans les conceptions des psychologues cisgenres. Il est principalement dû à un défaut de réflexivité des praticiennes cisgenres sur leur propre position qui mène à une absence de compréhension des discriminations transphobes systémiques.

J'identifie cinq écueils principaux liés à une grille de lecture cisnormative. Je les ai séparés plus ou moins arbitrairement, dans la mesure où ils peuvent en réalité se cumuler et qu'il n'existe pas de frontières claires entre eux.

[1] 'Al' est un pronom neutre alternatif à 'il' ou 'elle'. En contexte, ce pronom permet de remplacer le 'il' indéfini et donc de ne pas employer de masculin par défaut.

1. La transidentité comme impensé

La première difficulté à laquelle sont confrontées les personnes trans qui sollicitent un.e psychologue, est de se retrouver confronté.e à un.e professionnel.le qui n'a aucune formation ou documentation sur ces questions. Al n'est évidemment pas attendu de la part des psychologues de tout savoir. Al me paraît également toujours judicieux en entretien de travailler avec la personne reçue sur la définition des mots qu'elle emploie et sur l'expérience singulière qu'elle fait de situations de vie partagées par des groupes entiers par ailleurs - être trans, attendre un enfant, être au chômage, traverser un deuil, ect. Cependant, ce travail individuel n'exclut pas, par ailleurs, la possibilité pour lae psychologue d'avoir des connaissances préalables sur le sujet. Cette absence de formation sur les questions trans constitue le premier écueil de la cisnormativité. Al existe, à mon sens, une différence entre vouloir cerner le vécu subjectif d'une situation par la personne reçue et attendre d'elle de nous donner toutes les clefs de compréhension d'une situation sociale précise.

Dans le cas des personnes trans, la non-information, voir la désinformation, des psychologues les recevant conduit à des situations d'entretiens où elles ont l'impression de fournir un travail de pédagogie plutôt que de recevoir écoute, compréhension et attention. Pire encore, l'incompréhension des enjeux principaux posés par les transidentités peut mener à des maladresses, à l'emploi de raccourci de pensée de la part de lae psychologue. Ceux-ci peuvent être de vrais coups portés à l'alliance thérapeutique. Par exemple, mégenrer dès les premiers instants de la consultation une personne trans ne contribue pas à créer un climat de confiance, quand bien même c'est parfaitement involontaire. Cette situation peut créer colère, rejet, baisse d'estime de soi chez la personne

reçue. Elle la place également dans la position de devoir se *défendre* de cette remise en question de son identité. Puis, potentiellement, de devoir détailler les tenants et aboutissants du mégenrage chez les personnes trans. Même en étant de bonne volonté, je pense qu'al est évident qu'un accueil qui suscite chez la personne reçue des sentiments négatifs, une position défensive et lui impose de former saon psychologue ne démarre pas une relation thérapeutique sur les meilleures bases. Les enjeux de l'accueil, sont, à mon sens, de proposer une écoute ouverte et respectueuse pour commencer à nouer un lien de confiance.

On voit donc ici qu'un manque de formation de lae psychologue peut induire tout l'inverse. Dans un certain nombre de situations, les a priori et la méconnaissance complète du sujet peuvent amener les psychologues à faire poursuivre le mégenrage, même après rectification de la personne reçue. C'est une situation qui amène, dans l'écrasante majorité des situations que j'ai constatées, à un arrêt total du suivi à l'initiative de la personne trans.

2. La transidentité comme curiosité

Le deuxième écueil possible d'une grille de lecture cisnormative rejoint en partie les enjeux du premier. Al s'agit des conceptions cisnormatives qui vont percevoir la transidentité comme une curiosité. Ces perceptions diffèrent de l'impensé dans leur caractère le plus souvent intrusif, principalement sur les aspects corporels.

Dans ces situations, les personnes trans se voient questionnées sur les interventions médicales déjà subies ou planifiées, les effets de leurs traitements hormonaux. Encore une fois, je n'édicté pas de règle absolue : si le fil de la consultation amène à des échanges sur les envies et les horizons de

de transition médicale, la question peut tout à fait être posée avec bienveillance, en contexte. Ce dont je traite ici est l'intrusion systématique que subissent les personnes trans qui consultent dans leur recours supposé à des actes médicaux.

Dans cette situation, la curiosité des psychologues prend le pas sur leur posture d'accueil et d'écoute, mais aussi sur l'intimité des personnes reçues. Le manque de déconstruction de leur regard cisnormé leur fait, au moins pendant un temps, concevoir les personnes trans plus comme des objets curieux que des subjectivités à écouter. Ce positionnement peut créer des moments de consultation particulièrement désagréables et déshumanisants pour la personne reçue. Cet écueil est parfois cumulable avec un autre que je développe plus loin : la curiosité peut être le point de départ d'une remise en doute de la transidentité d'une personne, si la personne rapporte une volonté de ne pas médicaliser sa transition - ou pas comme selon les attentes normées de la psychologue.

3. La transidentité comme cause

Le troisième écueil que j'identifie est la tendance, pour les psychologues cisnormés, à percevoir la transidentité d'une personne comme la caractéristique la plus signifiante de son existence. Cela les amène à créer systématiquement un lien entre le motif de la consultation et la transidentité de la personne reçue - dans le cas où elle ne consulte pas dans le cadre de sa transition. En effet, dans cette optique, la transidentité revêt un caractère rare et incroyable. Elle est donc identifiée comme un attribut central de la personne reçue. Le motif de consultation initial et la transidentité sont perçus comme deux éléments saillants. De fait, il est extrêmement simple cognitivement (Hamilton et al., 1976), pour la psychologue en question, de créer un lien de causalité entre ces deux éléments saillants.

Ainsi, on va donc entendre des témoignages de personnes trans dont la transidentité va être perçue comme la cause unique de leur alcool-dépendance, de leur dépression, etc. J'ai aussi reçu des témoignages de situation où les difficultés de proches d'une personne trans étaient attribuées à l'identité de genre de cette dernière. Le caractère réducteur de cette lecture empêche alors une véritable investigation du problème amené en consultation. Elle entrave aussi l'écoute sincère dans les situations où aucune remise en cause de cette interprétation n'est possible pour la personne reçue.

En plus d'être réductrice et erronée, cette lecture s'affranchit en plus d'une compréhension écologique des situations (Bronfenbrenner, 1979) qui postule que les difficultés rencontrées par les personnes sont le plus souvent multicausales et en lien avec différents aspects d'elle-même (fonctionnement biologique, psychologique) et de leur environnement (cercles sociaux proches, cercles plus éloignés, société). On voit donc que cette lecture cisnormée empêche une pensée complexe qui tient compte de l'environnement de l'individu.

Normaliser les transidentités efface ce biais, en ce qu'elles perdent de leur caractère incroyable et donc très saillant. Recevoir diverses personnes trans, s'informer sur leurs conditions d'existence et faire le constat de la pluralité de leurs parcours permet de cesser de réduire la vie des personnes trans à leur transidentité ; donc de rendre cette caractéristique moins saillante chez elleux.

Par ailleurs, une formation adéquate rend plus sensible aux vulnérabilités spécifiques des populations trans, en terme par exemple de dépression (Hoy Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017 ; Witcomb et al., 2018), d'infection par le VIH (Giami et al., 2018 ; Giami & Le Bail, 2010) ou de dépendance (Hughes & Eliason, 2002 ; Lyons et al., 2015). Ces situations ne sont pas causées directement par la transidentité,

mais bien par les discriminations transphobes systémiques et d'autant plus par les discriminations croisées. Cela implique encore une fois une bonne compréhension des mécanismes sociaux qui influent les parcours trans et une lecture systémique, écologique et non pas strictement individuelle de ces vulnérabilités.

4. La transidentité comme incertitude

Le troisième écueil cisnormatif en consultation que je relève est la tendance qu'ont certain.es psychologues à mettre en doute la transidentité des personnes qu'ils reçoivent. Ce biais de pensée est lui aussi issu d'un système de pensée cisnormé. En effet, dans un tel système, être cisgenre est normal, logique, naturel. Ne pas l'être est rarissime, anormal et illogique. En ce sens, affirmer ne pas être cisgenre doit nécessairement relever d'une conviction forte, profonde, permanente, présente depuis la plus tendre enfance. La transidentité d'une personne n'est réelle qu'après une "certaine" période, en présence de "certains" signes, après un certain nombre de "preuves". Cette volonté de questionner la réalité de la transidentité de la personne reçue peut de nouveau faire de celle-ci le sujet principal de l'entretien, même lorsque ce n'était pas son intention.

Or, dans la réalité des vécus trans, un sentiment prédominant que j'ai pu constater de nombreuses fois est celui du doute. Le doute d'être réellement trans, puis celui de faire le bon choix en entamant une transition, puis celui de prendre les bonnes décisions au cours de celle-ci, etc. Ce constat n'est pas nouveau et est également documenté par d'autres militant.es (Roman, 2018). En effet, évoluer et grandir dans un environnement cisnormé implique un rappel incessant du "bon" genre auquel on est censé.e appartenir, ce qui ne favorise pas l'affirmation d'une identité trans.

Si elles expriment ce doute en entretien, c'est une opportunité pour la psychologue enfermée dans une pensée cisnormée, qui va y voir une preuve du peu de sérieux de l'identité de genre de la personne reçue. Or, performer une assurance factice ne met absolument pas la personne reçue en position d'être authentique et donc de pouvoir vraiment être aidé.e. À mon sens, un de nos objectifs en entretien est de créer le lien de confiance nécessaire pour permettre à la personne reçue de se rendre vulnérable sans qu'elle se sente menacée.

Outre l'expression d'un doute concernant sa transidentité en entretien, les personnes que je rencontre témoignent des diverses manières que peuvent avoir les psychologues de les remettre en cause.

L'âge est parfois un critère de remise en question. En effet, une personne trans "trop jeune" sera le plus souvent sommée d'attendre "pour être sûre", une "trop âgée" sera jugée peu crédible dans sa volonté de transitionner "aussi tard". Cette situation est souvent plus marquée chez les mineur.es, qui ne sont pas nécessairement perçus.es comme des agent.es de leur propre existence. Par ailleurs, il est le plus souvent impossible de fixer des bornes précises à ces âges butoirs, qui va varier selon les professionnel.les. Quand on me rapporte ces interactions, j'ai pour habitude de parler de la "personne trans de Schrödinger", celle qui sera à la fois trop vieille pour changer de trajectoire et trop jeune pour être sûre de ce qu'elle veut.

Une autre possibilité de remise en question est la non conformité de la personne trans reçue à des normes binaires de *passing*. Le *passing* est défini par Leslie Feinberg comme "être forcé.e à dissimuler une transidentité" (1996). En d'autres termes, il s'agit, pour une personne trans, d'être perçue comme une personne cisgenre d'entrée de jeu. Le *passing* est donc fortement imbriqué dans la cisnormativité :

la manière dont les apparences genrées sont lues sont dépendantes des normes de genre en vigueur dans une société donnée.

Dans le cadre de l'entretien psychologique, dans une vision cisnormative, le *passing* de la personne trans reçue va conditionner son accueil. Une logique cisnormée implique que les personnes trans cherchent à être perçues comme cis, donc à se présenter sous des apparences qui s'inscrivent dans ces normes. Une personne trans qui ne passe pas ou ne se conforme pas aux stéréotypes attendus peut être remise en doute. Beaucoup de personnes rencontrées rapportent normer leur apparence pour aller consulter, pour "être crédibles". Encore une fois, l'obligation de se conformer à des normes esthétiques est une entrave à l'expression sincère de sa subjectivité, au lien de confiance. Parmi les personnes trans, les personnes non-binaires sont celles qui témoignent le plus de cette pression à normer leur présentation, parfois en évacuant totalement la dimension non-binaire de leur transition, pour se présenter comme des hommes ou des femmes trans. Cette remise en question de la transidentité des personnes reçues en fonction de leur âge, de leur apparence ou des doutes qu'elles expriment impliquent un manque de prise au sérieux de leur parole, en désaccord avec les approches humanistes de la relation d'aide (Rogers, 1951).

Cette remise en cause de la transidentité repose aussi sur les mécaniques de tri entre "vrai-es" et "au-sses" trans, dont certain-es psychologues se réclament la prérogative. Le fort degré de psychiatrisation des parcours de transition encore actuel en France, l'obligation de passer devant psychologues et psychiatres dans toutes les équipes hospitalières dites "spécialisées" place nécessairement des psychologues en position de déterminer qui est trans, ou non, qui doit légitimement avoir accès à une transition médicale, ou non. Et les invite donc à établir des critères de "crédibilité"

des candidat-es à la transition médicale.

Il existe une position plus subtile qu'une mise en doute frontale : le refus de la part de certain-es psychologues cisnormés-es de genrer ou nommer correctement la personne reçue en dessous d'un certain degré de "preuves". Celles-ci peuvent être des actes médicaux, des changements corporels, mais aussi le changement d'identité à l'état civil. J'imagine que dans l'imaginaire de ces praticien-n-es, nommer et genrer correctement revient à donner leur aval à la transition d'une personne. Que celui-ci ne peut être délivré qu'après une certaine preuve de l'irréversibilité de la transition.

Évidemment, la situation est tout autre dans le cas où la personne consulte justement pour faire part d'un questionnement en cours et pour travailler la question de son identité de genre. Ceci étant, même dans ce cadre, accompagner un questionnement n'est pas équivalent à le mettre en doute.

Ces mises en doute peuvent aller jusqu'à la thérapie de conversion, conviction tenace de la psychologue de devoir détourner la personne reçue de son "choix" de transition, s'appuie souvent également sur une perception de la transidentité comme d'une pathologie.

5. La transidentité comme pathologie

À l'extrême de la grille de lecture cisnormative se trouvent les conceptions de la transidentité comme une pathologie, un symptôme, un fonctionnement psychique malsain qu'il faudrait résoudre. C'est une lecture qu'on pourrait qualifier de datée puisque basée sur des nosographies n'ayant plus cours. Cependant, la question de la dépsychiatisation des transidentités reste ouverte puisque le diagnostic de dysphorie de genre est toujours présent dans le DSM 5.

La pathologisation constitue le point culminant du fonctionnement normatif, en ce qu'elle ne se contente pas d'ignorer les personnes hors-normes, mais va jusqu'à les juger déviantes, dysfonctionnelles, malades. Parmi les tenants historiques de cette approche, on peut citer Colette Chiland (1997, 2005) dont les travaux n'ont eu de cesse de replacer les transidentités dans le champ de la pathologie.

Pour les psychologues exerçant dans ces croyances, les risques ne sont plus des malades, des pertes de confiance ou des déstabilisations de l'alliance thérapeutique. Puisque qu'ils perçoivent la transidentité comme une pathologie ou un symptôme, leur action va consister à tenter de l'éradiquer. Ce faisant, on peut qualifier ces pratiques de thérapie de conversion : soigner revient à supprimer le "symptôme trans", qui est vu comme une conséquence malsaine du parcours de vie. Pour les personnes reçues, les conséquences sont désastreuses. Pour les praticien·nes, je ne peux que recommander la lecture de *trans studies*, de Karine Espineira (2013) ou de Maud-Yeuse Thomas (2013), par exemple sur la question de la construction du sujet trans comme un sujet pathologique et sur la nécessaire dépsychiatriation.

Conclusion

La cisnormativité s'exprime à des degrés divers, de la maladresse jusqu'à la conviction de devoir "soigner" les personnes trans. Elle est le fruit d'un défaut de conscientisation du fonctionnement normatif de la société, des discriminations transphobes et de l'absence de réflexivité des praticien·nes cisgenres sur leur propre positionnement sociétal. Sa déconstruction est un véritable enjeu dans l'accessibilité au soin psy des personnes trans. Pour l'amélioration de leur accueil, je ne peux donc qu'appuyer la nécessité de formation et d'information des psychologues sur ces questions.

D'une manière plus générale, la situation des personnes trans dans les soins psy montrent l'importance d'une pratique psy ancrée dans les enjeux sociétaux actuels et au fait des discriminations qui la traversent. On ne peut recevoir "tout le monde de la même manière" sans être au fait des différences d'obstacles que les personnes rencontrent en venant en consultation ou qu'elles ont pu rencontrer lors d'expériences précédentes. La "neutralité bienveillante", telle qu'elle est le plus souvent conceptualisée dans la pensée psy ne suffit pas sans un minimum d'information sur ces questions. Être au fait des discriminations transphobes permet également de déconstruire ses propres stéréotypes sur les personnes trans, en tant que soignant·e. Ce qui évite, par la suite, de les projeter sur les personnes reçues, et donc d'être dans un accueil plus authentique de leur subjectivité.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Borba, R., & Milani, T. M. (2017). The banality of evil. *Journal of Language and Discrimination*, 1(1), 7-33. <https://doi.org/10.1558/jld.33354>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Amsterdam University Press.
- Chiland, C. (1997). *Changer de sexe*. O. Jacob.
- Chiland, C. (2005). Problèmes posés aux psychanalystes par les transsexuels. *Revue française de psychanalyse*, 69(2), 563. <https://doi.org/10.3917/rfp.692.0563>
- Ebenius, T., & Gunnarsson Payne, J. (2018). Unlearning Cisnormativity in the Clinic : Enacting Transgender Reproductive Rights in Everyday Patient Encounters. *Journal of International Women's Studies*, 20(1), 27-39. <https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2086&context=jjws>
- Espineira, K. (2013). La permission de minuit. Dans *Cahiers de la Transidentité* (Vol. 1, p. 23-24). L'Harmattan.
- Feinberg, L. (1997). *Transgender Warriors : Making History from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Beacon Press.



- Giami, A., Beaubatie, E., & Le Bail, J. (2011, novembre). *Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010*. INVS. http://gironde.foxoo.com/_internautes/0000006120/photos/beh%202011%2042%20231111.pdf
- Hamilton, D. L., & Gifford, R. K. (1976). Illusory correlation in interpersonal perception : A cognitive basis of stereotypic judgments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12(4), 392-407. [https://doi.org/10.1016/s0022-1031\(76\)80006-6](https://doi.org/10.1016/s0022-1031(76)80006-6)
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression Among Transgender Older Adults : General and Minority Stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3-4), 295-305. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>
- Hughes, T. L., & Eliason, M. (2002). Substance Use and Abuse in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations. *The Journal of Primary Prevention*, 22(3), 263-298. <https://doi.org/10.1023/a:1013669705086>
- Lyons, T., Shannon, K., Pierre, L., Small, W., Krüsi, A., & Kerr, T. (2015). A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings : stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 0. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0015-4>
- Roman, A. (2019, 15 juillet). *Trans-Doubt - Trans Substantiation*. Medium. <https://transsubstantiation.com/trans-doubt-373bfe4af92c>
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168-171. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>
- Serano, J. (2007). *Whipping Girl : A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Seal Press.
- Thomas, M. Y. (2013). Pour un cadre générique des transidentités. Dans *Cahiers de la Transidentité* (1re éd., p. 25-34). L'Harmattan.
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors : Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308-315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>



LA ROSE VIMÉE

LE GENRE EST ARBITRAIRE
CAR IL NOUS EST
DONNÉ DE L'EXTERIEUR
DE MANIÈRE
COERCITIVE ET
TOTALE.

YB



INTERVIEW :

RENCONTRE AVEC AGNÈS CONDAT, PÉDOPSYCHIATRE

Pour commencer pourriez-vous vous présenter et nous parler de votre parcours ?

Je suis pédopsychiatre de formation, je travaille à la Pitié-Salpêtrière comme praticienne hospitalier à temps plein. Je suis aussi psychanalyste, membre de l'Association Lacanienne Internationale. J'ai un parcours de formation un peu divers avec un petit passage en ethnologie, un Master 2 en génétique humaine biologie moléculaire et aussi une thèse de sciences cognitives, ce qui fait de la diversité. J'ai un temps au Centre Médico-Psychologique où je reçois des enfants et des adolescent·e·s tout venant. Sur l'hôpital, j'ai à la fois une consultation liée aux questionnements de genre, et une consultation de parentalité "en dehors des normes sociétales".

Qu'est ce qui vous a poussée à vous intéresser aux transidentités et aux questionnements de genre ?

Le hasard des rencontres. J'étais chargée de la liaison du service de pédiatrie en tant que praticienne hospitalier à l'Hôpital de Meaux et on m'a demandé de venir voir une jeune personne trans, c'était la première fois dans le cadre de ma pratique. En général aussi d'ailleurs, parce que je n'avais pas de lien ou de connaissance des milieux LGBTI+. Je me suis rendue compte qu'il n'y avait pas tellement d'offres de soins et d'accompagnement pour ce jeune. Alors, je me suis renseignée, j'ai cherché des professionnels spécialisés et je n'ai rien trouvé. Il y avait ça d'un côté, et en même

temps à l'époque dans mon cabinet en libéral, une jeune personne que j'avais accompagnée enfant est revenue me voir à quinze ans en me disant "Je ne sais pas si je suis un garçon ou une fille, j'aimerais qu'on me genre au masculin et j'aimerais que vous m'accompagniez." Ces rencontres se sont télescopées ; j'ai commencé à lire de la littérature médicale internationale à ce sujet. J'ai aussi lu des écrits psychanalytiques français ; et quelque chose n'allait pas. Avec les personnes que j'avais en face de moi, je n'arrivais pas à faire le lien avec ce que je pouvais lire dans ces articles à l'époque, en 2011.

Vous parlez des articles psychanalytiques qui ne vous ont pas aidée au début de votre carrière, lorsque vous vous posiez des questions sur vos prises en charge. On peut parfois entendre des arguments tel que le fait que l'enfant veuille répondre inconsciemment - de par sa transition - au désir inconscient maternel ou même qu'il y aurait une non prise en compte des limites inhérentes à l'être humain en souhaitant changer de genre... Qu'est-ce que l'on peut répondre à ça, d'après vous ?

Je pense que ce qui a beaucoup biaisé la perception par la psychanalyse des transidentités, c'est le fait que les psychanalystes qui ont écrit étaient souvent des psychiatres hospitaliers, qui travaillaient en unités fermées avec des patient·e·s psychotiques et délirant·e·s. Alors certes, les délires ne concernaient par la question du genre, mais c'est néanmoins un biais de

recrutement. Ces praticien-ne-s n'ont jamais rencontré d'autres personnes trans, encore moins celles et ceux n'ayant pas besoin de psychiatre. A l'époque, ce n'était pas culturellement admis dans la pratique médicale de travailler en partenariat avec des associations de personnes concernées. Je pense que ça a provoqué une confusion entre transidentité et psychose.

Actuellement, il y a une grande mobilisation de psychanalystes contre l'accompagnement médical des enfants et adolescent-e-s trans. Je pense que la difficulté est que ces personnes pensent avec un référentiel psychanalytique une clinique que la plupart ne connaissent pas, et se basent sur des écrits issus de cas cliniques de personnes ayant des pathologies psychiatriques. Si la transidentité n'est pas une pathologie psychiatrique, ça n'immunise pas non plus contre les pathologies, il y a aussi des personnes trans schizophrènes, comme beaucoup de cisgenres schizophrènes.

L'autre question, c'est l'histoire du désir parental. L'enfant évolue dans un système, il se construit dans des identifications appuyées sur les imagos parentaux. Il y a une intrication entre l'anticipation de l'enfant par ses parents, les projections parentales et l'identité que l'enfant va se construire. Cela concerne tous les enfants et pas seulement les enfants transgenres. Il y a une part de subjectivité de l'enfant qui se constitue et qui n'est pas une réponse collée aux injonctions parentales. Par ailleurs, les canadien-ne-s ont fait des recherches dessus dans les années 1995, notamment Zucker. Aucune étude n'a pu montrer d'association entre le *parental wish* (le souhait d'avoir une fille ou un garçon) et le développement de l'identité genrée de l'enfant si ce souhait est contrarié.

Et vous, qu'est ce qui vous a permis de dépasser ces biais, ces croyances, aussi portées par la société dans laquelle on évolue et qui peuvent être présent chez beaucoup de professionnels ?

En premier, la confrontation avec des personnes en chair et en os : le fait de les écouter et de les entendre. Ensuite en 2013, il y a eu une conférence à laquelle ont assisté les associations de personnes concernées. On s'est trouvées à la fin, je leur ai dit que ce serait avec plaisir que l'on discuterait et on s'est retrouvées autour d'un café. A partir de ce moment-là, le dialogue s'est instauré de façon informelle. Trois fois par an, on prenait un café ensemble. Je disais où j'en étais et ils me donnaient des références bibliographiques que je n'avais pas. Ils pouvaient me faire des retours sur certains articles, pour que j'avance. Les échanges se sont intensifiés puisqu'ils sont venus participer à nos réunions de concertations interdisciplinaires à partir de 2018.

Plus récemment, on a monté un projet de plateforme trajectoire Trans enfants, ados et jeunes adultes, en partenariat avec *Outrans*, *Acceptess-T* et *Espace Santé Trans*. Son objectif est d'améliorer notre dispositif. Ce lien progressif avec les associations a beaucoup contribué à changer ma façon d'appréhender ces questions. Je pense également qu'avoir une formation plurielle m'a aidée. Cette diversité permet d'être moins sensible aux carcans culturels de chaque approche.

On voulait parler de la pathologisation des personnes Trans avec vous, quel est votre regard en tant que praticien hospitalier ?

D'abord j'ai rencontré de nombreuses personnes trans qui n'ont aucune difficulté psychiatrique et qui n'ont jamais rencontré de psychiatre. En tant que pédopsychiatre à la Salpêtrière, je reçois plutôt des situations qui sont complexes. Les associations m'adressent en priorité les enfants et adolescent-e-s à risque suicidaire, avec un tableau dépressif, ou qui entendent des voix par exemple. J'ai ce biais de recrutement. Plus on me connaît, plus on m'envoie des situations complexes avec des personnes trans qui, comme les personnes cis reçues,

ont des troubles psychiatriques. Pour nous, ce n'est pas une contre-indication à accompagner une transition de genre. Je pense que c'est néanmoins important de le dépister et de l'accompagner, ça fait partie de notre rôle.

Le paradoxe est que les recommandations concernant les bloqueurs de puberté et l'accompagnement médical à destination de jeunes ados, excluent celles et ceux ayant une co-occurrence psychiatrique. En tant que pédopsychiatre on ne voit pas bien pourquoi on devrait s'occuper des autres et pas de celles et ceux-là. C'est un problème, au niveau international.

Aussi, ce que l'on accompagne beaucoup, ce sont les conséquences des projections sociétales et de la transphobie ambiante sur les jeunes que l'on reçoit. Ces discriminations et les projections culturelles de la part des familles vont impacter la construction de la jeune personne, qui baigne dans la même société que tout un chacun. Elle va être marquée par tous les stéréotypes, préjugés et le rejet en milieu scolaire quelquefois, ce qui peut influencer sur la détermination de l'identité mais aussi et surtout sur le bien-être. On passe beaucoup de temps à accompagner ces vécus ; plus que quelque chose qui serait inhérent au sujet, qui relèverait d'un "fonctionnement trans" ou je ne sais quoi.

Justement, comment accompagner ces jeunes et leurs familles face à ce que vous décrivez ?

Premièrement il s'agit de les accueillir, parce qu'on reçoit souvent des enfants qui, très jeunes, ont déjà subi du harcèlement ou de la discrimination en lien avec leur expression de genre. Parfois dans les familles, à l'école... On reçoit aussi des parents meurtris, surtout les parents d'ados. Iels sont pris dans l'inquiétude pour leurs enfants, de vivre en tant que transgenre dans un monde qui ne l'accepte pas bien encore. Ça peut être par rapport à leur future insertion sociale, à ce qu'ils imaginent être des métiers qui leur seront interdits, les risques d'agressions

qu'ils auront à affronter. En même temps, elles et eux-mêmes sont aussi soumis-e-s à un regard critique de la part d'une partie de leur entourage familial, professionnel, communautaire, religieux, etc.

Accueillir, c'est recevoir la personne en tant qu'humain-e, dans sa diversité et sa singularité ; entendre ce qu'elle vient nous dire et essayer de penser un accompagnement qui réponde à sa demande. Dans un même temps, il y a le repérage d'éventuels problèmes pédopsychiatriques. On est là pour ça, on ne laisse pas sortir de notre bureau un-e jeune avec un risque suicidaire sans l'avoir pris-e en charge. Il s'agit d'écouter la famille, repérer les signes de souffrance. On peut tout à fait avoir une identité trans ou se questionner sur son identité genrée sans que ce soit douloureux. Donc, repérer la souffrance, vis à vis d'un décalage entre le vécu psychique du genre et la représentation, l'image du corps, par exemple ; parce que ça peut être une souffrance d'avoir un corps qui n'est pas congruent à son vécu psychologique. Bien sûr, tout ça est traversé par les représentations culturelles de ce qu'est un corps de femme ou d'homme, de la binarité ou d'un genre fluide.

Ensuite, on voit comment on peut aider, avec l'objectif de favoriser le développement psycho-affectif de l'enfant quelle que soit l'évolution de ses identifications de genre. En aucun cas on ne cherche à mettre les jeunes dans une identification qui serait congruente à leur sexe d'assignation à la naissance. La visée, c'est de permettre la meilleure qualité de vie possible à ces enfants et ces adolescent-e-s.

Il n'y a pas de protocole ou de prise en charge type, on essaie de faire quelque chose de personnalisé et individualisé. On l'accompagne s'il le souhaite dans une exploration de son identité de genre. Comme chacun se construit en référence avec son environnement sociétal, il y a parfois des rigidités dans la perception du genre, qui peuvent se travailler. On réfléchit, toujours en

fonction de la situation et de la personnalité du ou de la jeune : “ qu’est-ce qui fait que moi j’ai besoin de prendre des hormones, ou pas ? Qu’est-ce qui fait que j’ai besoin de cette transition sociale à l’école, et quand ? Est-ce que je la veux maintenant, plus tard ? ”. On accompagne cette exploration, avec l’idée de mettre du *Jeu* psychique, au sens de Winnicott. De façon à permettre que cette jeune personne évolue dans le sens de la meilleure structuration subjective et qu’elle soit capable de prendre la parole en son nom, d’être l’autrice de sa vie. On peut proposer des thérapies ou en tout cas un lien avec une psychologue, une psychothérapeute ; en essayant de les trouver près des domiciles. Concrètement, il y a 70% des jeunes qui nous consultent qui s’engagent dans une psychothérapie, avec l’idée d’une découverte de soi, presque une idée analytique d’avènement subjectif. Mais on n’impose jamais, on propose.

On a des groupes de paroles : un groupe pour les enfants prépubères et un groupe pour les adolescent·e·s ; couplés avec les groupes parents. Par exemple, pour les enfants prépubères il y a une médiation psychomotricité. Le jeu est vraiment l’un des fils conducteurs dans nos prises en charge. On reçoit ces enfants avec un psychologue, un pédopsychiatre, une psychomotricienne et des stagiaires. L’idée est de choisir d’incarner quelqu’un ou quelque chose ; on choisit un nom et chacun définit son personnage et l’on voit ensemble s’iels vont se rencontrer (ou pas), ce qui va constituer une histoire commune. Ensuite, iels attribuent les rôles manquants dans l’histoire aux professionnel·le·s. On a des grandes caisses d’accessoires et chacun·e choisit un attribut qui va lui convenir selon la représentation de son personnage. On joue la scène, dans une semi-improvisation. Après ça, on reprend les choses selon ce qui nous a plu, pas plu, etc. La fois suivante, on peut reprendre le même personnage ou en changer complètement. Dans l’heure qui suit, on reçoit les parents de ces mêmes enfants, sans elleux, qui pendant

ce temps-là font un goûter animé par nos stagiaires psychologues. Cela permet aux parents d’avoir une parole plus libre, plus incarnée de leur place, de poser des questions, etc. Enfin, on fait une reprise des deux groupes. On a la même chose avec les adolescent·e·s sauf que c’est un groupe de parole plus classique. Ça leur plaît beaucoup, un de nos soucis est qu’à 20 ans, iels ne souhaitent pas quitter le groupe.

Avec notre prise en charge, il y a également tout un accompagnement scolaire proposé. On rencontre les écoles où sont scolarisé·e·s les jeunes, pour parler et pour trouver une situation positive pour chacun·e. Notre difficulté est que cela véhicule l’idée que cette affaire-là est psychiatrique. On aimerait bien que ce ne soient pas que les services de psychiatrie qui fassent ce travail. De plus en plus, les associations interviennent dans les écoles. 30 à 40% des jeunes qui arrivent sont déscolarisé·e·s depuis plus de 3 mois. Il y a tout un travail de re-scolarisation à faire, c’est compliqué. Cela implique souvent un

“ *Notre rôle, c’est d’amener à ce qu’il puisse y avoir un discours qui permette que chacun·e entende l’autre, pour pouvoir ensuite construire une histoire familiale commune. Comme dans un orchestre, il y a différents instruments qui ne jouent pas la même partition, mais l’ensemble permet d’avoir une musique harmonieuse.* ”

problème ou un vécu traumatique, de la part de l’école, de la part de la jeune personne ou des deux. Par ailleurs, parmi les jeunes qui nous arrivent, 60% ont déjà subi du harcèlement en milieu scolaire.

Enfin, on fait un travail important avec la famille. Tous les cas de figures sont possibles, beaucoup de parents décrivent l’annonce de la transidentité comme un tsunami ; iels ont donc aussi besoin d’un accompagnement. Il y a un décalage

temporel entre le vécu de l'enfant ou de l'adolescent-e, qui a souvent réfléchi depuis longtemps, qui a construit son identité progressivement et décide d'en parler à ses parents quand iel est sûr-e. Pour les parents, c'est tout nouveau. Certain-e-s vont réagir en disant que ça n'existe pas, et là ça devient compliqué, on ne peut plus se parler. Notre rôle, c'est d'amener à ce qu'il puisse y avoir un discours qui permette que chacun-e entende l'autre, pour pouvoir ensuite construire une histoire familiale commune. Comme dans un orchestre, il y a différents instruments qui ne jouent pas la même partition, mais l'ensemble permet d'avoir une musique harmonieuse.

Il y a aussi une dimension de prévention des risques, en matière de santé sexuelle, de harcèlement. L'un des principaux risques que l'on cherche à prévenir est la transition hormonale non médicalisée, qui est assez accessible. Des jeunes commencent à prendre des hormones sans avoir jamais vu un-e médecin, en partageant des doses avec des membres rencontrés sur les réseaux sociaux, ou en achetant des produits directement sur internet. Il y a également le risque de tentatives de suicide, qui concerne 30 à 40% des personnes transgenres sur leur vie entière. Beaucoup de choses sont à faire et à coordonner.

Quelles sont les conséquences de la psychiatrisation sur vos pratiques et sur la santé mentale des concernés ?

On pourrait penser que la psychiatrisation dans le champ des transidentités est surtout en psychiatrie adulte. Mais dans certains lieux, on proposait quand même des thérapies de conversion pour "réconcilier" l'enfant avec son sexe anatomique, ce qui était vu comme une fin en soi. L'idée étant qu'on est forcément plus heureux si on est cisgenre, donc qu'il fallait les aider à évoluer dans le sens de cette identification.

Quand on parle avec des associations de personnes concernées, on se rend compte

que cette psychiatrisation a de lourdes conséquences psychiques. Renvoyer à quelqu'un qui vous dit "je suis moi" qu'il est un "malade mental" et que sa façon d'être relève de la pathologie, forcément ça n'aide pas à l'affirmation subjective, ni à la socialisation. Dans les écoles où j'ai mené des formations en partenariat avec des associations, au moins 10% des psychologues et médecins scolaires m'ont dit "nous, on veut une formation purement médicale car le reste n'a pas de sens". Ce genre de réaction est aussi une conséquence de la psychiatrisation.

Que pourriez-vous conseiller aux professionnels qui voudraient se former un peu mieux à ces questions ?

Il y a différentes dimensions dans la formation, qui dépendent du métier de chacun-e. Se renseigner sur le savoir constitué de chaque métier, la littérature médicale pour les médecins, psychologique pour les psychologues, etc. Lire ce qui se fait à l'étranger, c'est toujours utile. On peut le critiquer, après l'avoir lu. Je dirais également d'accepter de contacter des associations de personnes concernées, pour entendre ces personnes qui n'ont pas besoin de vous. Quand on reçoit un-e patient-e en tant que médecin, il y a toujours un lien compliqué où iel attend quelque chose de nous et peut craindre de ne pas l'obtenir s'iel ne coche pas les "bonnes cases".

Disposer d'une formation de base dans les associations : je pense que c'est important de connaître les signifiants utilisés par les concerné-e-s. Ils n'apparaissent pas par hasard mais parce que, dans notre société, c'est très compliqué de se parler en tant que personne transgenre quand il n'y a pas les mots. Il n'y a rien de plus compliqué, pour se développer en tant que sujet, que de ne pas avoir les mots pour se dire. Tous ces mots qui ont été amenés par les personnes concernées, il faut les (re)connaître : ça me paraît fondamental pour le travail

d'accompagnement.

Il y a aussi des formations universitaires, par exemple un Diplôme Universitaire "Transidentités" proposé par Sorbonne Université, qui est pluridisciplinaire, avec des enseignements par des chirurgien·ne·s, endocrinologues, psychiatres, des associations de personnes concernées, des juristes, etc. Il se déroule sur deux semaines. Après, on peut se rapprocher d'un réseau de soins. On a notre plateforme à la Pitié Salpêtrière, en lien avec le réseau Ile-de-France et la plupart des équipes de Province. Il y a aussi des réseaux de soins non-hospitaliers, comme le *ReST*.

Écouter ses patient·e·s, accepter qu'ils disent des choses différentes de ce que l'on attend. Il y a beaucoup de psychologues, de psychanalystes, de psychiatres, qui pensent que pour le bien-être des enfants, pour assurer leurs assises symboliques, il faut les "remettre dans le Réel", alors que le Réel fait partie des dimensions du sujet. Ce qui compte n'est pas le Réel du psychanalyste pour l'individu, mais celui de l'individu pour lui-même.

Si on devait ne retenir qu'une chose de cette interview ?

Je pense que tout·e professionnel·le doit pouvoir accompagner des personnes transgenres, comme tout être humain qui nous le demande. Si pour des raisons personnelles, des choses ne sont pas possibles ; il faut le dire et orienter. C'est important d'essayer de sortir des questions d'idéologie, de philosophie, pour rester au plus près de notre mission qui est pour les médecins de soigner. La santé mentale fait partie de la santé, au sens de l'OMS. Ça date de 1948, pas d'hier : la santé c'est le bien-être physique, psychique et social et non pas seulement l'absence de maladie. On doit chercher à se recentrer sur le bien-être des personnes qu'on accompagne, en faisant de notre mieux et en acceptant de faire des erreurs, en se remettant en cause ; surtout

pas en essayant de tirer un mode d'emploi d'une théorie. Ça ne fonctionne pas, pour personne.

Il y a un truc assez drôle : on travaille avec *EST (Espace Santé Trans)*, qui est une association de professionnel·le·s qui sont, pour la plupart, des personnes concernées. Lorsqu'on en discute, la plupart de mes collègues pédopsychiatres me disent "Mais quand même, ça pose problème si des personnes trans consultent des professionnel·le·s trans, elles ne peuvent pas bénéficier des mêmes soins, les intervenant·e·s n'ont pas de recul !". Je leur réponds "Alors ça va être compliqué pour moi qui suis cisgenre, si je dois absolument trouver un psy qui soit transgenre". Il faut garder ça à l'esprit et arrêter de penser que l'on sait mieux quand on ne sait rien de ces personnes.

Enfin, on a vraiment besoin d'ouverture dans l'univers des professionnel·le·s du soin, dont l'accès reste très difficile pour les personnes transgenres.



TRANSIDENTITÉS ET STRESS DE MINORITÉ

Les difficultés ne se situent pas dans le fait d'être trans, mais dans la transphobie

Raven BUREAU, psychologue spécialisé en Thérapies Comportementales et Cognitives, doctorant et militant associatif (Reboo-T, PRISME).

Vincent WARNERY, président, accueillant de l'association Reboo-T et formateur indépendant à l'accueil des personnes transgenres.

Être une personne minorisée, c'est-à-dire être une personne qui appartient (et s'identifie) à une catégorie sociale minoritaire et stigmatisée, peut avoir un impact important sur la santé mentale (Chodzen, Hidalgo, Chen, & Garofalo, 2019). C'est ce qu'aborde le modèle du stress de minorité, développé par Meyer (2003). Il permet d'identifier différents types de stressseurs spécifiques rencontrés par les personnes minorisées. Ces stressseurs spécifiques se surajoutent souvent à des stressseurs dits "universels" comme le stress économique (la précarité par exemple), la perte d'un emploi, d'une personne chère, etc.

Le modèle du stress de minorité peut s'appliquer aux personnes transgenres (Hendricks & Testa, 2012), c'est-à-dire à toutes les personnes dont le genre ne correspond pas à celui qui leur a été assigné à la naissance. Il est important de souligner que les personnes transgenres peuvent appartenir à d'autres catégories minorisées (en lien avec la couleur de peau, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle, etc.) et peuvent donc vivre du stress de minorité intersectionnel.

Le modèle du stress de minorité (voir fig. 1) différencie deux types de stressseurs :

► Les **stressseurs distaux**, c'est-à-dire les stressseurs externes, qui regroupent des

événements comme faire face à de la discrimination, du rejet ou de l'agression.

► Les **stressseurs proximaux**, c'est-à-dire les stressseurs internes. Comme par exemple : l'internalisation, des croyances négatives sur soi, la peur du rejet...

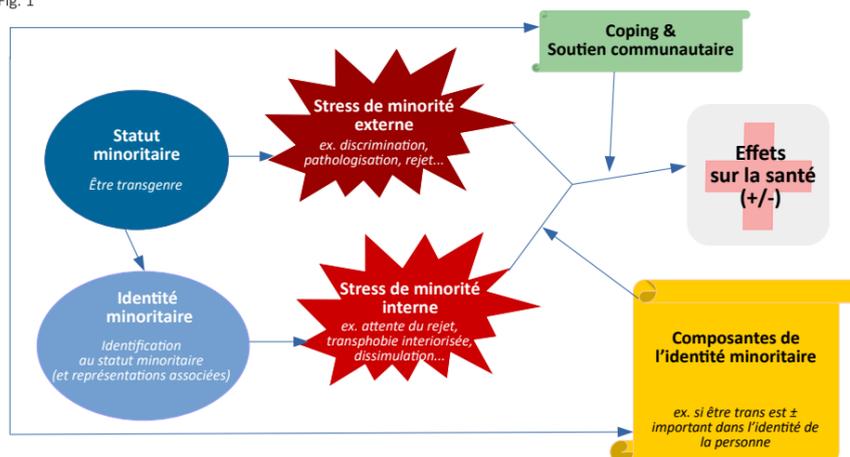
Les stressseurs distaux :

Il s'agit d'évènements externes, qui peuvent prendre place dans n'importe quel environnement de la vie quotidienne : le travail, l'école, au sein de la famille, dans le groupe d'amis, dans l'espace public... Ces événements, souvent violents, ont un impact important sur la santé mentale des personnes transgenres, par exemple en ce qui concerne la fréquence des idées suicidaires et des tentatives de suicide (Adams, Hitomi, & Moddy, 2017).

Les trois suicides récents de personnes transgenres en l'espace de quelques mois (Doona, 19 ans, F., 17 ans et Nicolas, 27 ans) en sont de douloureux rappels. Tous-tes trois subissaient de la transphobie (notamment de leur établissement scolaire et/ou du fait de la non-concordance entre leurs papiers d'identité et leur genre).

Certains de ces stressseurs distaux sont spécifiques aux personnes transgenres, comme par exemple certaines situations de

Fig. 1



Modèle simplifié du Stress de minorité, appliqué à la transitude (Meyer, 2003)

discrimination en lien avec l'accès aux soins, aux documents légaux mais également aux espaces genrés (toilettes, vestiaires, etc.) (Testa et al., 2015).

Ainsi, en 2020, une jeune fille transgenre mineure s'est vue demander, lors d'un premier rendez-vous avec un endocrinologue, de se déshabiller en vue d'un examen génital, examen pourtant tout à fait injustifié dans le cadre d'une prise hormonale. Lorsqu'elle a refusé, le médecin s'est montré jugeant et insistant, en lui répondant qu'elle "devrait assumer son corps" et que si elle comptait obtenir des hormones, il lui faudrait se soumettre à cet examen à chaque rendez-vous.

De même, l'invalidation de leur genre, en lien avec l'apparence physique ou l'idée préconçue que le genre est biologique, fixe et binaire, est un stressleur distal spécifique qui influe sur la santé mentale des personnes transgenres. C'est particulièrement le cas pour les personnes transgenres de genre non-binaire (autre que « homme » ou « femme ») qui voient régulièrement leur genre nié du simple fait de son absence de reconnaissance légale en France. L'invalidation du genre est généralement peu liée à l'âge : les personnes transgenres étant

souvent considérées par autrui comme "trop jeunes pour savoir ce qui est bon pour elles" ou "trop âgées pour que ce soit sérieux : si la personne était vraiment trans, elle l'aurait affirmé plus tôt dans sa vie"...

Les stressseurs proximaux :

Il s'agit de stressseurs internes, qui se développent souvent en réaction à l'exposition (répétée) aux stressseurs distaux.

Être exposé-e à des situations de discrimination et/ou de rejet, de manière régulière, entraîne logiquement une attente et/ou une peur d'y être à nouveau confronté-e. Cette attente peut être associée à de l'hypervigilance, de l'anxiété, du stress, une inquiétude pour sa sécurité (Rood et al., 2016).

C'est notamment pour cela qu'un grand nombre de personnes transgenres en cours de transition renoncent à aller voter, par crainte d'outing (révélation non consentie de leur transitude, c'est-à-dire du fait qu'elles sont trans), de violences ou de discriminations. C'est d'autant plus vrai en milieu rural où l'anonymat est moins garanti. Cela s'exprime également par une tendance

à retarder ou renoncer aux soins, par appréhension de la transphobie médicale, comme le fait de mégenrer la personne (c'est-à-dire utiliser le mauvais genre pour s'adresser à elle), lui prescrire systématiquement un dépistage VIH et IST sans avoir pris la peine de s'informer préalablement sur ses pratiques sexuelles et d'éventuelles prises de risque, demander à voir son corps pour commenter les interventions chirurgicales réalisées, ou encore considérer que tout problème de santé est forcément lié à sa prise hormonale....

L'internalisation fait référence au fait d'intégrer des concepts et des normes sociales. En ce qui concerne les minorités stigmatisées, il n'est pas rare que les personnes minorisées intègrent à leur vision d'elles-mêmes un certain nombre de stéréotypes, de préjugés et d'idées négatives associés à la minorité à laquelle elles appartiennent et s'identifient. La représentation médiatique des personnes transgenres, souvent caricaturale, misérabiliste et/ou pathologisante, contribue largement à ce processus, qui a un impact non négligeable sur leur santé mentale (Hughto et al., 2021).

Il est dès lors courant que des personnes transgenres se demandent si elles sont "vraiment trans" car elles sont homosexuelles et pensent que lorsque l'on est transgenre, on est forcément hétérosexuel-le, ou parce qu'elles ne correspondent pas aux stéréotypes véhiculés par les médias ou les croyances populaires.

Il est également fréquent d'entendre des personnes concernées évoquer leur transitude via des expressions telles que "je suis né-e dans le mauvais corps" ou "je suis un garçon dans le corps d'une fille", expressions directement issues du milieu médical, à une époque où il s'agissait de véritables critères diagnostiques

conditionnant l'accès aux démarches de transition médicale.

Un autre stressor proximal spécifique est le camouflage de l'identité. Ce stressor spécifique peut être différent en fonction des démarches de transition effectuées ou non. En effet, il peut être question de ne pas révéler sa réelle identité de genre lorsqu'on évolue dans un milieu fortement genré avant d'entamer des démarches, comme il peut être question de ne pas révéler sa transitude lorsque l'on est reconnu-e socialement et administrativement dans son genre. Lorsque certaines démarches sont entamées, il peut être difficile de camoufler le fait que l'on est trans, ce qui entraîne également un certain nombre de conséquences sur la santé mentale, mais aussi par exemple sur les lieux qu'il est possible de fréquenter.

Ainsi, X. se retrouve confronté au dilemme de dire ou non qu'il est transgenre au sein de sa formation professionnelle (très axée sur le corps) : il oscille entre la peur d'être traité différemment et la frustration de devoir faire attention à ce qu'il dit. Délicat en effet de partager des expériences communes avec des participantes (avoir eu de la poitrine, des règles, avoir subi du harcèlement sexiste...) qui ne sont pas "censées" le concerner.

Certains facteurs peuvent également modérer les effets de ces stressors sur la santé mentale. Par exemple, la "place" que prend cette identité minorisée dans la vie de la personne, qui va déterminer à quel point des stressors spécifiques vont avoir un impact sur elle. Une personne qui a accès à peu d'espace-temps où son identité est reconnue et acceptée peut par exemple être plus impactée par du mégenrage qu'une personne qui vit son genre au quotidien dans la majorité des espaces.

M., un homme transgenre racisé de 26 ans, indique ainsi que la transphobie l'impacte beaucoup moins dans sa vie que le racisme

qui, lui, est quotidien.

Un facteur de résilience important identifié par Meyer (2003) est le soutien communautaire. Se sentir appartenir à une communauté, partager des expériences communes, échanger autour des différents moyens d'y faire face, rompre l'isolement, etc. a un impact bénéfique important sur la santé mentale des personnes minorisées. C'est de ce besoin que sont nés les espaces en non-mixité, qui n'ont pas vocation à éduquer les personnes majoritaires.

C'est ce qu'exprime O., une personne transgenre de genre non-binaire de 42 ans, lorsqu'il qualifie les groupes de parole trans de véritables "bulles d'oxygène" dans son quotidien, lui redonnant de l'énergie pour affronter le reste de la semaine.

Il semble dès lors important de prendre en compte la notion de stress de minorité lorsque l'on reçoit des patient·e·s issu·e·s de minorités. En effet, les personnes exposées à de nombreux facteurs de stress pourraient avoir tendance à éviter les situations exposantes et donc à ne pas s'imposer de rester avec un·e soignant·e qui serait maladroit·e, minimiserait les expériences de transphobie ou emploierait du vocabulaire inadéquat (car pathologisant par exemple).

S'il pourrait être tentant de faire certains rapprochements entre ce que vit la personne et ce qui peut être plus familier pour le·la professionnel·le (le *coming-out* homosexuel, l'usage du Mademoiselle au lieu du Madame, les remarques sexistes, etc.), cela peut parfois être très maladroit et inapproprié. Concernant le *coming-out* par exemple : les personnes homosexuelles ont le choix de taire leur orientation sexuelle si elles le souhaitent alors que pour une personne trans, il sera impossible de le taire, soit car il y aura une modification d'apparence physique et/ou

d'expression de genre, soit car ses papiers d'identités seront discordants à un moment, etc.

C'est pourquoi il est préférable de ne pas se risquer à des comparaisons hâtives, et s'informer au maximum par soi-même.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, N., Hitomi, M., & Moddy, C. (2017). Varied reports of adult transgender suicidality: Synthesizing and describing the peer-reviewed and gray literature. *Transgender Health, 2*(1), 60-75. doi:10.1089/trgh.2016.0036
- Chodzen, C., Hidalgo, M.A., Chen, D. & Garofalo, R. (2019). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescent Health, 64*, 467-471. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.07.006
- Hendricks, M.L. & Testa, R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology : Research and Practice, 43*, 460-467. doi:10.1037/a0029597
- Hughto, J.M.W., Pletta, D., Gordon, L., Cahill, S., Mimiaga, M.J., & Reisner, S.L. (2021). Negative transgender-related media messages are associated with adverse mental health outcomes in a multistate study of transgender adults. *LGBT Health, 8*(1), 32-41. doi:10.1089/lgbt.2020.0279
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations : Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Rood, B.A., Reisner, S.L., Surace, F.I., Puckett, J.A., Maroney, M.R., & Pantalone, D.W. (2016). Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health, 1*, 151-164. doi:10.1089/trgh.2016.0012
- Testa, R.J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*, 65-77. doi:10.1037/sgd0000081



UNE PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE INCLUSIVE ET TRANSAFFIRMATIVE POUR LES JEUNES NON CISGENRES

Denise MEDICO, Ph.D., Professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, psychologue psychothérapeute et sexologue, cofondatrice de la Fondation Agnodice en Suisse.

Annie PULLEN SANFACON, Ph.D., Professeure à l'école de travail social de l'Université de Montréal, travailleuse sociale, co-fondatrice d'Enfants Transgenre Canada, directrice de la Chaire de recherche du Canada sur les jeunes trans et leur famille.

Dans les pays où des études ont évalué qui et combien de jeunes sont trans et non binaires, les chiffres les plus récents, représentatifs de la population, varient entre 1.2 et 2.7 % (Zhang et al., 2020). Selon l'évolution de ces dernières années, environ la moitié se disent non binaire et de genre fluide (Motmans et al., 2019 ; Taylor et al., 2020) et le ratio de personnes assignées filles à la naissance (AFAB) est depuis quelques années plus important que celui des personnes assignés hommes à la naissance (AMAB). Une nouvelle réalité sociologique s'impose et modifie profondément les représentations de ce qu'est le genre. Non seulement elle remet très profondément en question le caractère supposé « naturel » du genre, mais aussi sa binarité. Si les psychologues souhaitent offrir des accompagnements adaptés, sensibles au monde et aux besoins de leurs clients, si iels ne veulent plus exercer de maltraitance comme cela a été le cas (Sironi, 2003), iels doivent revoir leurs théories et leurs pratiques et se baser sur l'avancement des connaissances sur l'expérience des jeunes trans, les oppressions qui ont un impact sur leur santé et sur les pistes de résilience.

Nous présenterons dans cet article nos travaux sur le développement de l'identité de genre non cis ainsi qu'un modèle intégré, basé sur les travaux actuels, ancré dans l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth (2000 ; 2006) et une vision intersubjective de l'humain (Stern, 1998), donnant les bases d'une intervention psychologique transaffirmative axée sur le renforcement de la résilience.

Avant toute chose il nous semble fondamental d'expliquer que, par la notion de genre, nous faisons référence à un « système de genre ». Il ne s'agit pas de parler seulement de masculinité ou de féminité mais du fonctionnement d'un système symbolique, social et politique qui assigne aux individus un destin social. Il prescrit ce qu'iels sont sensés vivre, ressentir et exprimer, il définit les corps et distribue inégalement le pouvoir et les ressources économiques. Ce système est vécu comme suffisamment adéquat par certain.e.s (les personnes dites cisgenres) et inadéquat par d'autres (les personnes trans, non binaires, agenres et toutes les identités anciennes ou nouvelles) (Medico, 2020).

Mais quelle que soit l'appellation avec laquelle une personne choisit de s'identifier, le système de genre échoue forcément à exprimer la totalité des multiples positions subjectives de nos expériences humaines.

Qu'est-ce qu'une approche transaffirmative ?

Grâce à la mobilisation pour la défense des droits que mènent les personnes trans depuis des décennies, et s'appuyant sur les données de travaux de recherche qui identifient mieux quels sont les enjeux et les réalités des personnes trans, les pratiques cliniques ont évolué. Les preuves scientifiques de l'impact négatif sur la santé mentale des approches correctives ou « thérapies de conversion » ont ainsi été faites, elles augmentent la suicidalité une fois adulte et nuisent aux relations de confiance entre les jeunes et leur famille, un facteur fondamental pour le développement des enfants et des jeunes (Ehrensaft et al., 2018 ; Leibowitz et al., 2020 ; Turban et al., 2020). Les approches contemporaines visent donc au contraire à soutenir les jeunes dans leur construction identitaire, en prenant en compte leur contexte et la diversité de leurs parcours et besoins.

L'objectif des interventions transaffirmatives est que les jeunes puissent s'épanouir dans un environnement qui leur permette de vivre leur identité authentique (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021). Ceci implique un accompagnement sur mesure pour explorer leur genre, renforcer leur estime de soi et leurs capacités à prendre une décision, développer des capacités de gestion émotionnelle et relationnelle, traiter les éventuels traumatismes, donner un sens aux expériences de transphobie en les mentalisant et trouver une identité qui leur soit confortable et leur permette de développer une fierté d'être qui ils sont. Ces interventions sont encore mal comprises et souvent prises à tort comme un plaidoyer

pour une absence d'accompagnement psychologique et une focalisation sur les traitements médicaux. Or, ceux-ci sont une option à partir de la puberté, mais ne sont pas les seuls. Le changement de genre social et à l'école, comme le changement de sexe et de nom légal sont des modes possibles d'affirmation du genre que de nombreux jeunes effectuent et qui permettent une meilleure reconnaissance subjective, interpersonnelle et sociale.

Avant la puberté la meilleure attitude thérapeutique est de permettre à l'enfant d'explorer son genre en sécurité et il n'y a pas d'interventions, ni médicales ni psychologiques, spécifiques. Ces enfants ont surtout besoin d'un contexte de sécurité et de confiance dans leur famille, à l'école et dans tous les contextes de vie. Il faut noter qu'une très récente étude canadienne indique que les parents de ces enfants ont des préoccupations concernant les risques de suicide (MacMullin et al., 2020) et que cette question est à aborder. Les psychologues ont ici un travail d'information, de soutien et de dépistage des situations à risque chez les enfants (anxiété, traumatismes et violences, suicide) ou dans la famille (maltraitance, dissensions familiales sévères sur l'attitude à adopter, détresse des parents ou de la fratrie, soutien aux parents dans le coming out et les démarches de défense de leur enfant). La décision pour leur genre s'imposera le plus souvent à la puberté et pour ces enfants, savoir que des possibilités médicales existent est un grand soulagement.

À la puberté une partie des jeunes trans, non binaires, au genre neutre ou fluide fait un coming out sans difficultés voir avec soulagement et fierté. Certains parlent d'une euphorie de genre. Ces jeunes peuvent demander ou non, à avoir accès à des traitements hormonaux, porter ou non des binders (veste qui comprime les seins pour personnes AFAB)



ou d'autres modifications non définitives de leur corps, et envisager ou non d'avoir recours à des interventions chirurgicales. Par contre, une partie des jeunes manifeste un état de crise avec une symptomatologie complexe et souvent sévère typique de la « dysphorie de genre » (appellation du DSM-5 (APA, 2015)) ou « incongruence du genre » (appellation de l'ICD-11 (World Health Organization, 2018)) à cet âge-là, soit des menaces et/ou tentatives suicidaires, troubles alimentaires, automutilations, dépression, anxiété, rapport très difficile aux parties genrées de son corps. D'autres encore seront dans un profond questionnement identitaire avec des enjeux relationnels et communautaires importants. Dans tous les cas, la prise en compte rapide des besoins et une compréhension développementale sera nécessaire car le moment le plus dangereux en termes de suicidalité est celui entre la première demande d'aide et le moment où cette aide arrive (Bauer et al., 2013).

L'accès à des traitements médicaux d'affirmation de genre avec des bloqueurs de puberté peut être une indication à partir du stade de Tanner 2. L'introduction d'hormones (testostérone ou oestrogènes) elle, se fera plus tardivement en fonction des réalités somatique et psychologique de la personne. Les recherches menées depuis plus de 20 ans ont démontré l'efficacité et l'avantage coût/bénéfice sur le plan psychologique, social et somatique des traitements par bloqueurs et hormonaux (Cohen-Kettenis et al., 2011 ; Pullen Sansfaçon et al., 2019 ; Wiepjes et al., 2018). Mais lorsque les multiples oppressions résultent dans une difficulté à mobiliser la résilience (par exemple : gestion des émotions, difficultés relationnelles, estime de soi défaillante, PTSD) elles ne suffisent pas et un accompagnement psychothérapeutique transaffirmatif, lorsque les jeunes y adhèrent, est pertinent. Un accompagnement des familles qui ont du mal à s'ajuster est également une indication importante car le contexte est le facteur le plus déterminant pour ces jeunes (Pullen Sansfaçon et al., sous presse). Pour tous les jeunes une déconstruction des injonctions à correspondre aux normes sociales du genre, de même qu'aux normes et narratifs dominants sur ce qu'est une personne trans ou non binaire est nécessaire. Ceci vaut également pour les psychologues qui doivent faire un travail réflexif sur leurs représentations du genre afin de ne pas imposer volontairement ou involontairement une vision du genre.



Ateş Mesci Çelik - @mesciartworks

Une compréhension développementale et diversifiée

Une question qui est constamment posée, soit « à partir de quel âge un.e enfant sait qu'il est trans ? », dépend en fait de l'enfant, de sa compréhension de soi et du monde, de sa capacité à exprimer ce qu'il ressent, et à comprendre et mettre des mots sur ses ressentis, mais aussi beaucoup de son contexte de vie. Les jeunes décrivent avoir compris leur identité de genre différente bien avant de l'avoir dit à leurs parents, en moyenne entre 2 et 5 ans avant. Le moment de la révélation à l'entourage semble donc généralement beaucoup plus tardif que la compréhension du genre. Il est donc primordial de différencier la compréhension du sentiment de genre et du fait que l'on ne correspond pas au genre qui a été assigné à la naissance, de son expression. Si la plupart des jeunes savent pour iels-mêmes qu'ils sont différent·e·s dans leur genre, iels ne l'expriment pas forcément et le gardent même le plus souvent secret. En effet, dès l'âge préscolaire les enfants comprennent les stéréotypes de genre et la pression à s'y conformer (Carver et al., 2003). Beaucoup, surtout lorsque ce sentiment devient clair dans la deuxième phase de l'enfance, auront peur d'être rejetés ou menacés s'ils en parlent ou le montrent (Riley et al., 2011; 2013). Les stéréotypes sociaux du genre jouent également sur les jeunes trans, ainsi il est plus aisé aujourd'hui et dans nos cultures occidentales pour un enfant prépubère assigné fille à la naissance (AFAB) de montrer des comportements qualifiés de masculins que pour une enfant assignée garçon (AMAB) d'exprimer une féminité. Par contre, au moment de la puberté, la force des injonctions sociales s'intensifie et les personnes AFAB la ressentent avec violence.

Nos recherches qualitatives sur des cohortes suisses et canadiennes indiquent que plusieurs chemins développementaux peuvent être décrits

chez les jeunes trans (Medico et al., 2020 ; Pullen Sansfaçon et al., 2020). Nous en proposons trois qui ne sont pas exclusifs mais qui ont comme visée de mieux cerner les différences qui peuvent survenir et comprendre les enjeux qui pourraient être à travailler dans l'accompagnement psychologique. Le premier chemin est celui des enfants de « **type affirmé** » qui manifestent dès le plus jeune âge (trois, quatre ans en général) un genre qui ne correspond pas à celui qui leur a été assigné à la naissance. Le plus souvent cette expression du genre apparaît avant l'entrée à l'école, lorsque les jeunes enfants n'ont pas encore intégré la pression sociale à se conformer. Leur expression du genre sera très dépendante de l'ouverture de leur environnement familial. Si la famille se montre soutenante l'enfant pourra explorer son genre, par contre, si elle se montre ambivalente ou opposée, l'enfant pourra cacher son genre, manifester de l'anxiété voir parfois avoir envie de mourir et de disparaître. A cet âge l'enfant est très sensible à son environnement familial et avoir l'amour et l'attention de ses parents est le besoin le plus crucial.

Le deuxième, et plus fréquent chemin, est celui des enfants de « **type silencieux** », qui feront leur coming out à la puberté. Ces enfants savent ou pressentent que quelque chose d'important les différencie des autres, ils savent sans forcément avoir mis des mots. Ils sont dans une lutte interne, ils tentent de cacher leur genre authentique. Leur enfance est marquée par ce secret, plus ou moins clairement compris, et par une répression d'une partie de soi. C'est au moment de la puberté, avec les changements corporels, le développement d'une plus grande affirmation de soi, une meilleure compréhension de ce qui est vécu, que les jeunes vont exprimer qu'ils se sentent trans et faire parfois des demandes de prise en charge pour des transitions de genre qui apparaissent soudaines à leur entourage.

L'apparition d'une importante souffrance face à leur corps à la puberté fonctionne comme une confirmation de ce qu'ils pressentaient ou alors comme le signe qu'il n'est plus possible d'éviter et que se mentir n'est plus une option. Certains travaux ont souligné que les jeunes qui s'affirment clairement trans peuvent ne pas être ceux qui sont les plus en souffrance. Il importe donc de prendre en compte les phases d'ambivalence et de questionnement comme partie du processus normal de développement d'une identité non cisgenre.

Le troisième chemin est celui des enfants que nous appellerons « **type agénéré** » qui est aussi marqué par un *coming-out* à l'adolescence. Pendant l'enfance la question du genre n'était pas un enjeu, soit parce qu'il se sentait neutre soit parce que son expression de genre ne posait pas problème. Ces jeunes rapportent une enfance sans conflits internes. C'est seulement à la puberté que les changements corporels qui vont les assigner clairement à un genre masculin ou féminin sont vécus comme fortement indésirés. La souffrance face au corps et à l'expression genrée de soi au plan social s'impose massivement et les jeunes se trouvent alors brutalement confrontés à la question de ne pas se sentir cisgenres. On retrouve dans ce chemin beaucoup de personnes AFAB qui étaient à l'enfance dans une forme de neutralité ou alors qui pouvaient librement exprimer leur masculinité.

Un modèle pour l'intervention basé sur l'éthique de la reconnaissance et l'état actuel des connaissances

Envisager les difficultés des jeunes trans avec le concept d'oppression nous amène à rechercher comment les dépasser, soit comment favoriser la résilience, en fonction de leurs parcours et contextes individuels et, sur ce point, la théorie de la reconnaissance

d'Axel Honneth (2000 ; 2006) offre un cadre cohérent et synthétique à notre travail. Étant à l'origine un modèle pour penser la justice sociale, Honneth n'a pas mis l'accent sur les processus internes de l'individu, soit le niveau subjectif, que nous proposons d'ajouter et qui vient d'être en partie abordé avec les chemins développementaux. La théorie de la reconnaissance s'appuie sur une vision intersubjective de la subjectivité (Stern, 1998), il est donc cohérent avec une vision relationnelle de la psychothérapie et les principales théories de l'attachement et du développement de l'individu (Winnicott, 1965). Le modèle que nous proposons par niveau de reconnaissance nous permet d'intégrer les connaissances actuelles sur ce qui cause des souffrances psychiques et comment en sortir. Il décrit des moyens pour mobiliser la résilience à plusieurs niveaux : subjectif, relationnel, communautaire et juridique/institutionnel (figure 1).

Les interventions psychologiques transaffirmatives devraient prendre en compte et favoriser le changement au sein de ces 4 axes de travail afin de : 1. favoriser un sens de soi positif, 2. favoriser des liens interpersonnels validants, 3. favoriser la fierté d'être trans et l'ancrage communautaire, et 4. donner la possibilité de vivre dans le genre désiré en sécurité et avec équité.

Types d'actions, lieux d'intervention, pour favoriser la résilience

Protection légale, équité
Changement de nom et d'identité facilitée
Accès équitable aux soins médicaux d'affirmation du genre
Accès aux soins généraux de santé
Sécurité à l'école
Sécurité dans vie quotidienne et absence de discrimination

Appartenance à des groupes de pairs
Modèles identificatoires positifs et diversifiés
Engagement pour la défense des droits comme groupe

Genre adéquatement (vs mégenrage)
Soutien parental fort
Relations avec les autres jeunes (vs isolement social)
Intimité positive (relations amoureuses et sexuelles)

Mentalisation/élaboration de la transphobie intériorisée
Gestion des émotions/coping émotionnel
Développement d'un rapport au corps positif
Possibilité de se comprendre, identifier et mettre un concept/mot sur l'expérience de soi

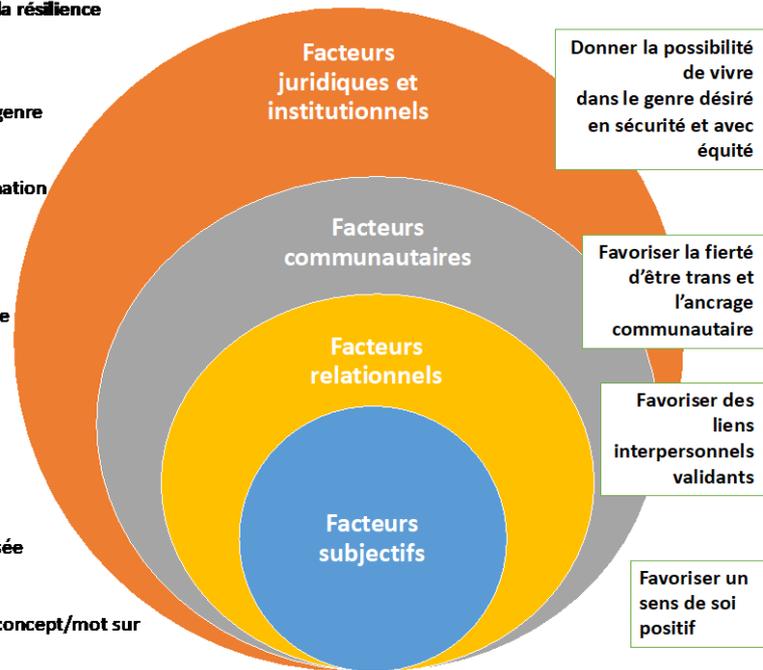


Figure 1 (issu de Medico, soumis)

Conclusions

Des écrits commencent à mieux spécifier ce qu'est l'approche transaffirmative. Elle peut être concrètement mise en œuvre sous diverses formes selon les approches et outils des cliniciens. Riggs (2019) ainsi que Spivey et Edwaard-Leeper (2019) dressent (en anglais) les bases pour ces approches auprès des jeunes et de leur famille. En français les lecteurs trouveront dans Pullen Sansfaçon et Medico (2021), le premier ouvrage collectif en français regroupant l'expérience en approches transaffirmatives auprès des jeunes et de leurs familles, des pistes proposées par des intervenants de multiples professions, allant du droit, à l'intervention par les arts, en passant par la médecine et la psychothérapie. De nouveaux standards de soins internationaux de la WPATH (world professional association for transgender health) sont attendus prochainement, ils constituent la référence pour l'accompagnement médical des personnes non cisgenre.

Ce qui différencie profondément les approches transaffirmatives d'autres interventions est qu'elles n'envisagent pas

l'origine de la souffrance des jeunes dans leur genre mais dans les oppressions qui accompagnent inévitablement leurs parcours dans nos sociétés cisnormatives. Elles se basent entre autres sur les travaux sur le stress minoritaire (Meyer, 2003) et l'intersectionnalité des conditions d'oppression (Pullen Sansfaçon, 2013). Mieux accompagner les jeunes qui se confrontent à des questionnements ou des souffrances par rapport à leur genre est une nécessité éthique et de santé qui doit dépasser les débats idéologiques et les croyances normatives pour se baser sur l'état actuel des connaissances avec une vision politique de ce qu'est l'être humain, soit un être qui se construit dans les liens intersubjectifs, donc toujours situé.

POUR ALLER PLUS LOIN...

Les auteures ont récemment publié aux éditions Remue-Ménage un ouvrage sur les interventions transaffirmatives auprès des jeunes !

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Bauer, G., Pyne, J., Francino, M.C., & Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice. *Service social*, 59,1, 35-62. <http://id.erudit.org/iderudit/1017478ar>
- Carver, P. R., Yunger, J. L., & Perry, D. G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex roles*, 49(3), 95-109. <https://doi.org/10.1023/A:1024423012063>
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Archives of sexual behavior*, 40(4), 843-847. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>
- Ehrensaft, E., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251-268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Folio Essais.
- Honneth, A. (2006). *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. La Découverte.
- Leibowitz, S., Green, J., Massey, R., Boleware, A. M., Ehrensaft, D., Francis, W., ... & T'Sjoen, G. (2020). Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 111-112. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1703652>
- MacMullin, L. N., Aitken, M., Nabbijohn, A. N., & VanderLaan, D. P. (2020). Self-harm and suicidality in gender-nonconforming : a canadian community-based parent-report study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 76-90. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000353>
- Medico, D. (2020). Quelques considérations critiques et cliniques sur le genre et ses dissidents.e.s. *Analysis*, 4(3), 374-382. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2020.10.006>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth : A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1002-1014. <https://doi.org/10.1177/1359104520938427>
- Medico, D. (soumis). Que comprendre de l'expérience des jeunes trans pour favoriser la résilience ? Un modèle basé sur la reconnaissance.
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3-26. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Motmans, J., Nieder, T.O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119-125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Pullen Sansfaçon, A. (2013) « *La pratique anti-oppressive*. » *Le travail Social : théories, méthodologies et pratiques*. Dorvil, H. & Harper, E. (eds.) Presses de l'Université du Québec. pp 353-373.
- Pullen Sansfaçon, A., Suerich-Gulick, F., Temple-Newhook, J., Feder, S. Lawson, M., Ducharme, J. Ghosh, S. and Holmes, C. (2019) The Experiences of Gender Diverse and Trans Children and Youth Considering and Initiating Medical Interventions in Canadian Gender-Affirming Speciality Clinics. *International Journal of Transgenderism*. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1652129>
- Pullen Sansfaçon A., Medico, D., Suerich-Gulick, F., & Temple Newhook, J. (2020). "I knew that I wasn't cis, I knew that, but I didn't know exactly": gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 307-320. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551>
- Pullen Sansfaçon, A., Gelly, M., Faddoul M et Lee, O.J. (sous presse). Soutien et non soutien parental des jeunes trans : vers une compréhension nuancée des formes de soutien et des attentes des jeunes trans. *Revue internationale Enfances Familles Générations*.
- Pullen Sansfaçon, A. et Medico, D. (Eds.). *Les interventions affirmatives auprès des jeunes trans et de leur famille*. Éditions Remue-Ménage.
- Riggs, D. (2019). *Working with Transgender Young People and their Families: A Critical Developmental Approach*. Palgrave.
- Riley, E. A., Sitharthan, G., Clemson, L., & Diamond, M. (2011). The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health*, 23(3), 181-195. <https://doi.org/10.1080/19317611.2011.593932>
- Riley, E. A., Clemenson, L., Sitharthan, G., & Diamond, M. (2013). Surviving a gender-variant childhood: the views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(3), 241-263. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.628439>
- Sironi, F. (2003). Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique : les nouveaux défis éthiques. *Pratiques Psychologiques*, 4, 3-13.
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future Directions in Affirmative Psychological Interventions with Transgender Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(2), 343-356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>
- Stern, D. (1998). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and development*. Basic Books, 2nd edition.



Taylor, A. B., Chan, A., Hall, S. L., Pullen Sansfaçon, A., Saewyc, E. M., & l'équipe de recherche de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans (2020). *Être en sécurité, être soi-même 2019 : Résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans et non-binaires*. Vancouver, Canada : Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, University of British Columbia. Retrieved from: https://apsc-saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2020/03/Etre-en-Securite-Etre-Soi-Meme-2019_SARAVYC_FR.pdf

Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68-76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. London: Karnac Books.

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).

WPATH -World Professional Association for Transgender Health. (2021 - à paraître). Standards of Care 8. consulter le site : www.wpath.org

Zhang, Q., Goodman, M., Adam, M., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: a systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>

PRÉSENTATION DU DISPOSITIF TRANS-E : UNE INTERVENTION DE PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE

Florence BIGEY, psychologue spécialisée en TCC, présidente de l'association PRISME.

Raven BUREAU, psychologue spécialisé en Thérapies Comportementales et Cognitives, doctorant et militant associatif (Reboo-T, PRISME).

Trans-E est né d'un constat simple. Les personnes transgenres que nous rencontrons dans le cadre de nos engagements associatifs manquaient d'un espace d'échange et d'apport d'informations qui prenne en compte leurs problématiques spécifiques. Tous deux psychologues, nous avons envie de mettre nos compétences en psychologie au service de ces personnes. Nos engagements précédents nous ont également permis de constater la présence importante de la transphobie dans le milieu du soin et son impact sur les personnes.

La psychologie communautaire nous semblait un cadre idéal pour développer ce type d'intervention. En effet, cette discipline de la psychologie s'inscrit dans la lignée des pratiques de santé communautaire et s'intéresse donc notamment aux personnes pour qui l'accès aux systèmes de soins et de santé est difficile. Elle prend en compte l'environnement de l'individu avec pour objectif de promouvoir la santé, dans un idéal de justice sociale, avec des valeurs d'horizontalité, de participation et d'*empowerment*. De ce fait, elle prend en compte l'idée que les problématiques de santé (y compris de santé mentale) sont influencées par des déterminants sociaux et des facteurs externes (Saïas, 2009a). Il est donc possible, dans ce cadre, de développer

une intervention avec pour cible des facteurs liés au stress de minorité (Meyer, 2003).

Le stress de minorité fait référence à un modèle qui met en avant l'impact de stressors spécifiques liés à l'appartenance d'une personne à une catégorie sociale minoritaire et stigmatisée.

Dans cette approche, la pratique du/de la psychologue n'a pas nécessairement besoin d'être "neutre" (si tant est que la neutralité existe) et peut être guidée par des idéaux de justice sociale (Saïas, 2011). L'objectif des interventions en psychologie communautaire est d'encourager le développement et l'appropriation de connaissances et d'outils permettant l'amélioration du bien-être, de l'auto-détermination en étant guidé-e par des valeurs d'équité et de justice sociale (Julian, 2006). C'est sur ces bases que nous avons développé Trans-E.

Trans-E : Thérapie et *Empowerment* des personnes transgenres, est une intervention de groupe visant à favoriser la résilience des personnes transgenres face au stress de minorité. Le terme « thérapeutique » fait donc référence aux émotions négatives et à l'anxiété ressenties suite aux situations de transphobie.

Plusieurs facteurs (établis par Saïas, 2009b), permettent de définir Trans-E comme une intervention de santé communautaire :

► **Une conception globale de la santé**, suivant la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui définit la santé non pas comme une absence de maladie mais comme un état de bien-être complet dans lequel les individus peuvent réaliser leurs aspirations. Trans-E a pour objectif de favoriser la résilience des participant-e-s, en y intégrant des outils qui ciblent les stressés spécifiques mais peuvent être adaptés à d'autres stressés.

► **La reconnaissance d'une santé individuelle** : chaque séance débute par le partage d'une "météo émotionnelle" permettant aux facilitateur-ice-s d'adapter les sollicitations.

Nous sollicitons les participant-e-s à nous faire part d'éventuelles adaptations dont ils auraient besoin et les fiches récapitulatives ainsi que les exercices proposés permettent d'individualiser le contenu.

► **L'effort fait pour que les populations concernées puissent agir elles-mêmes pour leur propre santé** : les personnes transgenres sont directement impliquées dans la co-construction de l'intervention, à travers une expérimentation (15/01/2021 - 04/06/2021) dans la région de Strasbourg. Les retours informels au fil de l'expérimentation seront agrémentés par un *focus group* à la fin de l'expérimentation. Le contenu proposé lors de cette expérimentation a été élaboré à partir de besoins identifiés par différent-e-s acteur-ice-s communautaires (notamment associatifs) et avec l'apport d'une personne transgenre référente.

La participation au groupe est gratuite. Ce point est très important pour nous, étant donné la précarité qui touche un grand nombre de personnes transgenres. Il nous

apparaît essentiel de faire le maximum pour favoriser l'accès des personnes à l'intervention.

La forme actuelle de l'intervention consiste en onze séances thématiques de deux heures, ayant lieu tous les quinze jours. Les thèmes abordés sont variés : les démarches médicales et juridiques, le *coming-out*, le lien avec le corps, la gestion de crise... Les séances comportent des éléments d'informations administratives et médicales, de la psychoéducation, des outils issus et adaptés des thérapies comportementales et cognitives (TCC), ainsi que des exercices d'application à réaliser entre les séances.

L'apport d'informations et la psychoéducation permettent aux participant-e-s d'être plus autonomes. Par exemple, connaître les effets possibles d'une hormone, leur possible réversibilité (ou non), leurs modes d'administration (sécurisés), etc. permet de faire un choix éclairé à ce sujet.

Les différentes informations partagées ainsi que les échanges qui s'en suivent peuvent permettre aux participant-e-s de rééquilibrer les dynamiques de pouvoir vis-à-vis des professionnel-le-s du monde médical et de faire respecter leurs droits (par exemple en ce qui concerne la protection des données médicales ou bien les examens abusifs rapportés par la communauté).

Les outils que nous utilisons sont issus de notre formation en TCC. Il s'agit par exemple de techniques de relaxation par respiration pour s'apaiser dans les moments d'angoisse, d'exercices d'affirmation de soi pour apprendre à refuser une demande, de pratique de la défusion cognitive, etc.

Enfin les moments d'échange inter-participant-e-s sont cruciaux car, au-delà de ce qu'apporte le récit d'une expérience vécue, ils permettent aux participant-e-s de se sentir moins seul-e-s. Certain-e-s des participant-e-s du groupe expérimental n'ont pas d'autres



personnes transgenres dans leur entourage, le groupe est donc l'unique endroit où ils peuvent échanger avec des personnes qui vivent et ont vécu des expériences similaires.

Les moments sont donc extrêmement importants car le soutien social - notamment le soutien social communautaire - est un facteur de résilience important pour les personnes exposées au stress de minorité (Meyer, 2015).

La dynamique du groupe est encouragée par

Cette phase d'expérimentation est rendue possible par l'obtention d'une subvention de la Région Grand Est, qui finance des projets portés par les personnes âgées de moins de 30 ans. À l'issue de cette phase d'expérimentation, nous revisiterons le contenu en fonction des retours faits par les participant-e-s et mettrons en place une deuxième session

Nous constatons que les participant-e-s actuel-le-s sont assidu-e-s, malgré le format en visioconférence suite aux conditions

“

Nous nous inscrivons en tant que facilitateur-ice-s des échanges, dans une dynamique horizontale de partage de savoirs et de compétences.

la mise en place d'un "lieu" (virtuel) d'échange entre les participant-e-s, à travers un serveur *Discord*. Cet espace permet aux participant-e-s non seulement de nous solliciter pour des explications supplémentaires, mais est aussi et surtout un lieu de partage et d'échanges entre participant-e-s en dehors des séances formelles de groupe.

Enfin, l'*empowerment* est une notion centrale de l'intervention. Ce terme, qui fait référence au pouvoir d'agir, aux capacités de faire face et à l'acquisition de contrôle sur les événements qui nous concernent, peine à trouver une traduction adéquate en français. Nous nous inscrivons en tant que facilitateur-ice-s des échanges, dans une dynamique horizontale de partage de savoirs et de compétences. Les participant-e-s sont invité-e-s à donner leur avis sur les concepts évoqués, à partager leurs différentes stratégies d'adaptation et nous sommes parfois amené-e-s à travailler ensemble sur une problématique apportée par un-e des participant-e-s.

sanitaires et leur préférence verbalisée pour un format en présentiel.

Nous désirons pérenniser cette intervention et pourquoi pas, dans le futur, adapter le contenu et créer des sessions spécifiques à certaines populations, par exemple à destination des adolescent-e-s ou bien des personnes qui entament des démarches de transition après 30 ans.

La place de la psychologie communautaire est importante dans le groupe Trans-E car c'est sa découverte qui nous a permis de conceptualiser puis de créer ce groupe. En effet, si nous pensions déjà que le psychologue ne peut - et parfois ne doit - pas être neutre, la psychologie communautaire nous a montré que des auteurs avaient déjà théorisé ce phénomène.

Sur un sujet comme la transidentité, nous sommes convaincu-e-s que les psychologues ne doivent pas être dans une prétendue neutralité, mais doivent, afin de mettre le bien-être des patient-e-s transgenres au centre

de leurs réflexions, se positionner fermement contre toutes formes de transphobie et prendre en considération ses impacts.

BIBLIOGRAPHIE

- Julian, David. (2006). A community practice model for community psychologists and some examples of the application of community practice skills from the partnerships for success initiative in Ohio. *American Journal of Community Psychology*, 37, 21-27. doi:10.1007/s10464-005-9004-5.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations : Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I.H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209–213. doi:10.1037/sgd0000132
- Saïas, T. (2009a). Cadres et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 7-16. doi:10.1016/j.prps.2008.03.005
- Saïas, T. (2009b). La psychologie communautaire : une discipline. *Le Journal des psychologues*, 8(8), 18-21. doi:10.3917/jdp.271.0018
- Saïas, T. (2011). Le cadre conceptuel de la psychologie communautaire. Dans T. Saïas (dir.) *Introduction à la psychologie communautaire* (p. 13-23), Dunod.



RECOMMANDATIONS POUR L'ACCUEIL DE PERSONNES TRANSGENRES

écrit par **Vincent WARNERY**, président, accueillant de l'association Reboo-T et formateur indépendant à l'accueil des personnes transgenres,

Relu et annoté par **Raven BUREAU**, psychologue spécialisé en Thérapies Comportementales et Cognitives, doctorant et militant associatif (Reboo-T, PRISME),

et **Gwenola CHAUVET**, de la commission Trans et Inter de l'association NOSIG.

La plupart des personnes transgenres n'ont aucunement besoin d'un suivi psychologique dans le cadre de leur transition. Plusieurs raisons peuvent toutefois amener une personne transgenre à consulter un·e psychologue :

► Obtenir une attestation en vue d'entamer des démarches médicales : si la différence entre psychiatre et psychologue est floue pour l·e patient·e, iel peut croire qu'un·e psychologue peut délivrer une attestation. Or, ce n'est pas le cas.

► Aborder un questionnement vis à vis de son genre pour y voir plus clair : on pense encore trop souvent qu'être transgenre est "un problème" qui nécessiterait un suivi psychologique.

Le manque de formation sur les enjeux LGBTI+ ne rend pas toujours ces suivis concluants, d'où l'importance pour l·e professionnel·le d'être suffisamment sensibilisé·e et exempt·e de préjugés ou d'idées reçues, pour accompagner au mieux l·e patient·e dans son questionnement.

► S'approprier d'éventuels changements physiques : cela est un motif très rare mais possible, notamment chez des personnes autistes pour qui le changement peut être

plus délicat à appréhender.

Contrairement aux idées reçues, la grande majorité des personnes transgenres vivent avec joie et facilité les éventuels changements physiques.

► Gérer ses relations familiales, amoureuses, amicales suite à un *coming-out* : faire face à l'ignorance, la maladresse, les craintes et parfois la transphobie de son entourage peut nécessiter un accompagnement (bien qu'il ne serait pas inutile que ce soient plutôt les proches qui consultent).

► Faire face aux impacts de la transphobie dans sa vie, notamment le stress de minorité (Meyer, 2003) : isolement, dévalorisation, baisse de la confiance en soi, anxiété sociale, dépression, etc.

► Ce qui correspond à la majorité des situations : toute autre raison sans aucun rapport avec le fait d'être trans. Comme tout le monde, les personnes transgenres peuvent avoir besoin d'un suivi psychologique pour des difficultés personnelles et/ou des troubles psychiques, sans aucun lien avec leur transitude (ou "transidentités").

Il n'est d'ailleurs pas incompatible d'être transgenre et, par exemple, bipolaire, schizophrène, en dépression, borderline, TDAH, autiste, etc.

Il est donc fort probable de rencontrer au cours de sa pratique des personnes transgenres. Voici quelques recommandations sur les attitudes à favoriser et les écueils à éviter.

Avant la consultation

Beaucoup de choses peuvent se jouer avant même la consultation : il est déjà compliqué pour la plupart des gens de contacter un·e professionnel·le de la santé mentale, ça l'est encore davantage quand on est issu·e d'une minorité quelle qu'elle soit.

À la question de trouver "læ bon·ne psy", s'ajoute celle de savoir si ciel·ci est transphobe (et potentiellement raciste, validiste, sexiste, homophobe, islamophobe, etc), et un minimum sensibilisé·e, car les patient·e·s ont rarement envie d'éduquer leur soignant·e sur les enjeux qui les concernent.

Ce stress est donc déjà en soi un frein. Un·e professionnel·le qui, au moment de la prise de rendez-vous, tiendrait des propos maladroits, risque de ne jamais voir læ patient·e en consultation.

Il peut donc être utile de faciliter au mieux l'accessibilité, par exemple en permettant la prise de rendez-vous en ligne (*email*, site web, *Doctolib*, etc.), en prévoyant des questionnaires/formulaires inclusifs, en veillant à s'assurer de la civilité/prénom à utiliser pour l'appel en salle d'attente, etc.

L'accueil

► Respecter ses prénoms et pronoms, même si ceux-ci ne correspondent pas à vos représentations du masculin ou du féminin, même s'ils vous sont inconnus (ex : les

pronoms "iel", "ol", "al"...)

► Employer des termes respectueux : transidentités ou transitude et non "transsexualité", "transsexualisme" ou "dysphorie de genre", personne transgenre (transgenre étant un adjectif) et non "transsexuel·le", transition et non "transformation", etc.

► Ne pas remettre en cause son genre : personne ne peut définir le genre de quelqu'un·e à sa place. Être transgenre n'est ni une maladie, ni un trouble psychique. Le genre de quelqu'un·e n'est lié ni à son apparence, ni à son adhésion ou non aux stéréotypes de genre, ni à son orientation sexuelle, ni aux démarches de transition éventuellement effectuées ou envisagées.

► Demander quel est son genre si l'on ne parvient pas à le définir, avec tact et en lui montrant qu'il s'agit pour vous de la respecter au mieux en évitant toute maladresse.

► Ne poser aucune question intrusive, c'est-à-dire qui ne vise qu'à satisfaire sa propre curiosité sans bénéfice pour læ patient·e. Cela comprend par exemple des questions sur son prénom d'assignation, les détails de ses démarches de transition (effectuées ou envisagées) et notamment d'éventuelles chirurgies, son orientation sexuelle, toute question d'ordre technique, etc.

Ne poser ce type de questions que si l'on y est invité·e par læ patient·e.

► Éviter tout jugement (négatif ou positif), notamment sur son apparence : il est particulièrement violent de s'entendre dire qu'on est "réussi·e", que "ça ne se voit pas", que vous ne l'auriez "jamais soupçonné". En bref, tout ce qui tourne autour du fait que læ patient·e "*passse*" ou non comme étant cisgenre (c'est-à-dire non trans).

► S'excuser et se reprendre si l'on mégenre læ patient-e (emploi du mauvais genre à son égard) ou qu'on læ morinomme (emploi du prénom d'assignation si celui-ci est différent du prénom utilisé), et passer rapidement à autre chose. Inutile en effet de prolonger le moment de malaise.

► S'informer par soi-même et non auprès des patient-e-s, en favorisant les sources communautaires (associations et militant-e-s trans, wikitrans, centres LGBTI+, youtubeuses trans, etc.) et non les sources médicales qui ne sont pas "plus neutres", contrairement à ce qu'elles peuvent affirmer. En effet, toute parole est située. Les médecins ne sont pas exempts de préjugés (cf. l'article "Oppressions systémiques et pathologisation des transidentités : implications cliniques"). Le savoir médical sur le sujet s'est développé sur des bases pathologisant et psychiatrisant la transitude. Il n'y a par ailleurs à l'heure actuelle aucune formation sérieuse en médecine sur les démarches et spécificités médicales des personnes transgenres, sur l'accueil et sur la lutte contre la transphobie.

► Veiller à ne jamais *outer* læ patient-e auprès de son entourage, d'éventuel-le-s collègues ou qui que ce soit d'autre. "Outer" signifie "révéler une information personnelle sur l'identité d'une personne (comme sa transitude, son orientation sexuelle, un handicap, etc.) sans son consentement" donc, en l'espèce : dire à sa place et sans son accord qu'elle est transgenre. Cela l'expose en effet à des violences et des discriminations.

Accompagnement psychologique

En ce qui concerne l'accompagnement, voici quelques pistes pouvant être utiles :

Pour un-e patient-e en questionnement :

► L'amener à questionner ses besoins : plutôt que de chercher quelle "étiquette"

quel genre) lui correspond, interroger ses besoins lui donnera davantage d'informations concrètes sur la suite : indépendamment de son genre, ressent-iel le besoin de prendre des hormones et/ou de modifier son corps ? D'utiliser un autre prénom ? D'être perçu-e dans tel genre au quotidien ?

► L'inviter, quel que soit son âge, à explorer et expérimenter son genre et ses besoins : cela n'a aucune conséquence irréversible et lui permettra de mieux se connaître, qu'iel s'avère au final transgenre ou non. (À noter que même les hormones ne sont pas si "irréversibles" que cela : il est tout à fait possible de tester et d'arrêter si cela ne convient pas).

► Pouvoir l'orienter vers des ressources communautaires (associations, forums, documentation, etc.) : le soutien communautaire est précieux.

De manière générale :

► Se souvenir que seule la personne concernée est légitime à savoir si elle est transgenre ou non. Les enfants peuvent être tout à fait aptes à définir leur genre très tôt. Une personne transgenre n'est pas moins légitime si elle transitionne ou a transitionné tard, est mineure, est de genre non-binaire, ne correspond pas à votre idée de ce qu'est (ou devrait être) une personne transgenre, ne se conforme pas aux stéréotypes de genre, n'a pas effectué certaines démarches, etc.

► Avoir conscience de ses propres croyances, idées reçues et jugements pour veiller à ne pas les projeter sur læ patient-e. Il n'y a par exemple pas lieu de présupposer que puisqu'iel est trans, iel est forcément : hétérosexuel-le, "ni un homme ni une femme", en conflit avec certaines parties de son corps, malheureu-x-se, suicidaire, travailleur-r-se du sexe, en conformité (ou, au contraire, en non-conformité) avec les

stéréotypes de genre, etc.

► Éviter toute injonction au coming-out, à “la patience”, au calme, au suivi psychologique, à “l’acceptation de son corps tel qu’il est” (cela peut être particulièrement violent, dès lors que cela revient à considérer qu’il faudrait repousser à tout prix une éventuelle transition médicale), à la réconciliation avec son entourage, etc.

► Ne pas se focaliser sur sa transitude : être trans n’est qu’une partie de son identité, pas son identité. Tout ce qu’iel vit et ressent n’est pas nécessairement lié à sa transitude. S’iel n’en parle pas, inutile de l’y amener : ce n’est peut-être pas “un sujet” pour iel.

► Avoir conscience de ses limites : mieux vaut orienter que mal informer (vers des ressources communautaires, attention de ne pas orienter vers les équipes protocolaires de type FPATH/SoFECT (renommée Trans-santé en 2021) et autres RCP). Ces équipes, auto-proclamées expertes (et « société savante ») appliquent des protocoles obsolètes, discriminatoires et normatifs. Elles exercent de surcroît des pressions sur les médecins hors-SoFECT et sur les administrations de sécurité sociale. Ces pratiques sont dénoncées depuis une vingtaine d’années par les associations trans, et plus récemment par le Défenseur des Droits (2020). Si leur discours officiel pourrait laisser croire à une évolution, dans les faits ces pratiques perdurent.

► Garder en tête que ce qui fait souffrir n’est pas tant la transitude que la transphobie, qu’elle soit intériorisée ou venant de l’extérieur, et prendre en compte l’impact du stress de minorité.

► Se former à l’accueil des personnes trans (et autres minorités), auprès d’associations ou formateur·ice·s trans.

BON À SAVOIR...

Il existe une concomitance fréquente, avérée et documentée, entre l’autisme “sans déficience intellectuelle” et la transitude. Il peut être intéressant de garder cela à l’esprit, notamment pour penser à questionner les personnes autistes sur leur rapport à leur genre et pour ne pas invalider la transitude d’une personne sous prétexte qu’elle a été diagnostiquée autiste (George & Stokes, 2018 ; Warriier et al., 2020).

Si un certain nombre de ces recommandations vous semblent n’être ni plus ni moins du bon sens, tant mieux ! Malheureusement, de nombreux·es soignant·e·s n’ont pas encore ce bon sens, par ignorance ou par malveillance, et la santé mentale de la population transgenre en pâtit.

BIBLIOGRAPHIE

- Défenseur des Droits. (2020). Décision cadre du Défenseur des droits 2020-136. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/decision_cadre_ndeg2020-136_1.pdf
- George, R. & Stokes, M.A. (2018) MA. Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism*, 22(8), 970-982. doi:10.1177/1362361317714587
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Warriier, V., Greenberg, D.M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M-C., Allison, C. & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature Communications*, 11, 39-59. doi:10.1038/s41467-020-17794-1



Nicolas Guthleben

“ Aussi est-il nécessaire pour qu’il y ait rencontre, possibilité d’un autre dire, que chacun s’étrange suffisamment. Pour le psychologue, il s’agit d’accepter de distendre le lien à sa culture ethnique mais aussi professionnelle, de se méfier des poncifs et des pensées pré-construites. Il en va de son désir de composer avec ses héritages, d’oser sa singularité, de considérer les effets du déplacement pour les autres et pour soi-même.

Pascale RUFFEL

“ les pratiques et connaissances produites par la psychologie alimentent un statu quo en faveur des dominants. Il convient donc de prendre conscience du rôle politique de la psychologie afin de la mettre au service de l’émancipation humaine et de la justice sociale. A ce titre, écouter la parole des personnes concernées (et volontaires!), se former et s’informer au sujet de leurs combats, quelles que soient les discriminations qu’elles subissent, nous semble essentiel pour une pratique de la psychologie éthique et non oppressive.

Raven BUREAU & Julie DACHEZ