

2024-2025

Master 2 – Etude sur le Genre

Transitude, folie et neurodivergence

Critique des violences normatives et
injustices épistémiques.

Une recherche participative

Mongeal Billy A.

Sous la direction de
Hanafi Nahema & Morel Sylvie

Membres du jury

Hanafi / Nahema | Maîtresse de conférences, Université
d'Angers

Morel / Sylvie | Maîtresse de conférences, Université de Nantes

Soutenu publiquement le :

5 Septembre 2025



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e)Billy A.Mongea..... ,
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un
document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation
des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer
toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

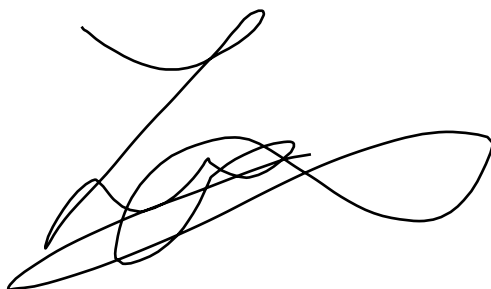


Table des matières

Sigles et Acronymes	4
INTRODUCTION	5
Accroche et présentation du sujet	5
Définition des termes	6
Contextualisation socio-politique	15
Notions clefs	17
Etat de l'art	20
1- Généalogies : normer, classifier, contrôler	21
2- Production actuelle majeure : centralité du biomédical, du pathologique et du vulnérabilisme	24
3 - Champs critiques, épistémologies situées	28
4 – Articulation <i>trans-mad-neuro</i>	32
5- Conclusion	36
Problématisation	37
Annonce de plan	38
CHAPITRE I. Cadres théoriques et enjeux épistémopolitiques	39
1.1 Présentation	39
1.2 Articulation des concepts-clés : un système normatif imbriqué	40
1.3 Ancrages théoriques critiques, positionnement croisé, éthique de l'épistémologie située	41
CHAPITRE II. Méthodologie : recherche participative et savoirs incarnés	44
2.1. Démarche générale et posture épistémique	44
2.2. Terrain, accès, portraits des participant.e.s	47
2.3. Dispositif d'entretien et entretiens inversés	58
2.4. Codage et organisation thématique	59
CHAPITRE III : Résultats et analyse : Entre vécu, violences et résistances : une analyse située de subjectivités trans, folles et neurodivergentes	62
3.1 Subjectivités en tension : complexité identitaire et effets normatifs	62
3.1.1 Plasticité, fragmentation, épuisement : expériences croisées du genre, de la folie et de la neurodivergence	63
3.1.2 Effets psychiques et sociaux : impact des normes cisgenres et sanistes sur le rapport à soi et au corps-esprit	67

3.1.3	Temporalités discontinues et reconfigurations : fluctuations identitaires, subjectivation empêchée ou retardée	71
3.1.4	Invisibilité protectrice et désir de reconnaissance : stratégies paradoxales de lisibilité et d'effacement.....	73
3.2	Dispositifs de soin, violences institutionnelles et pathologisation croisée	77
3.2.1	Soin ou discipline ? Soins contraints et coercition psychiatrique.....	77
3.2.2	Pathologisation croisée et réduction identitaire : croisements cisgenrisme / sanisme	81
3.2.3	Diagnostics imposés et lisibilité fonctionnelle : normalisation et contrôle institutionnel	86
3.2.4	Silenciation symbolique et matérielle : injustices épistémiques.....	92
3.3	Protection et résistance : tactiques individuelles et collectives	98
3.3.1	Stratégies de navigation : retrait, refus et gestion stratégique de l'information	99
3.3.2	Autonomie individuelle : se réapproprier son parcours hors cadre.....	104
3.3.3	Faire soin autrement : espaces relationnels, communautaires et pratiques collectives	109
3.3.4	Facteurs contraignant ou entravant les tactiques collectives, critiques intra-communautaires	114
3.4	Produire et partager d'autres savoirs : contre-récits, effets et limites du processus participatif.....	119
3.4.1	Circulation des savoirs et apprentissages collectifs	119
3.4.2	Effets du processus participatif : apprentissages méthodologiques, épistémiques et relationnels	124
Chapitre IV	Conclusion et discussion, exposition des limites et ouverture	131
4.1	Synthèse et réponse à la problématique.....	131
4.2.	Apports de la recherche	135
4.3.	Limites	136
4.4	Perspectives	139
Bibliographie	141
Annexes	156
Annexe n°1	- Tableau : « Présentation des participant.e s »	156
Annexe n°2	- Message d'invitation à participer	162
Annexe n° 3	- Grille guide d'entretien	166
Annexe n°4	- Organisation thématique issue du codage des entretiens	172

Thème 1 – Vécus et expériences entre transitude, folie et neurodissidence : subjectivités, parcours et relations	172
Thème 2 — Violences institutionnelles, savoirs et soins : normalisation, effacements, silenciation	175
Thème 3 – Résistances, autodétermination et production de savoirs en lutte : stratégies subjectives, politiques et collectives.....	178
Thème 4 : « Savoirs situés, autodétermination et <i>empowerment</i> épistémique – Pratique de la co-construction »	180
Annexe n°5 – Outil collaboratif (framapad) entretiens inversés	183
Annexe n°6 – Affiche d’invitation à participer	188

Sigles et Acronymes

AAH : Allocation Adulte Handicapés

CDD : Contrat de Travail à Durée Déterminée

CIM : *Classification Internationale des Maladies*

CRA : Centre de Ressource Autisme

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

GEM : Groupe d'Entraide Mutuel

HP : Hôpital Psychiatrique

ICD : *International Classification of Diseases*

LGBTQIA+ : *Lesbienne, Gay, Bisexuel.le, Trans*, Queer et Intersexe et Asexuel.le ou Aromantique et autres.*

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé.e

TDS : Travailleur Du Sexe

VIH : *Virus de l'Immunodéficience Humaine*

INTRODUCTION

Accroche et présentation du sujet

« *Il y a quelque chose de queer et de trans à propos de la folie.* » - Merrick Daniel Pilling in *Queer and Trans Madness : Struggles for Social Justice*, 2022, p29 (Traduction Libre)

Merrick Daniel Pilling rappelle combien les expériences de transitude, de dissidence neuro-psychique, de genre et de folie partagent un terrain d'oppressions, d'expériences et d'histoires communes. Que ce soit dans les approches théoriques (*Queer & Trans Studies, Mad & Crip Studies, Neuroqueer Theory*¹) ou dans les luttes politiques, les croisements entre normes de genre, normes de santé neuro-psychique et dispositifs de contrôle apparaissent évidents. Pourtant, comme le souligne Pilling, les interventions critiques qui articulent ces expériences de manière conjointe restent encore trop peu nombreuses, tant dans le champ académique que militant. Cette rareté ne traduit pas une absence de liens, mais bien la difficulté à penser les liens et les tensions dans toute leur complexité, ainsi que la nécessité d'inventer des cadres d'analyse capables de les rendre visibles. En France, les dernières années ont vu s'accroître la visibilité des personnes trans, folles et neurodivergentes, parallèlement à une recrudescence des discours réactionnaires et à la persistance de violences institutionnelles. La reconnaissance partielle de la transitude ou de la neurodiversité, souvent conditionnée par des normes de respectabilité, se dégrade dès lors que les expériences dérogent aux attentes de stabilité psychique, de cohérence identitaire ou de performance sociale hégémoniques. Ajoutons à cela l'idée de Claire Touzard selon laquelle « *la vulnérabilité est le meilleur poste d'observation du dysfonctionnement de nos sociétés* » (2025, p40.) et nous aurons une bonne idée de l'orientation de cette recherche. En effet, à partir de son positionnement de militante psychiatisée, elle propose une lecture politique de la vulnérabilité, non comme défaut individuel mais comme révélateur social et systémique, ce qui condense l'enjeu central de ce mémoire : interroger ce que nos « vulnérabilités² » trans, folles, neurodissidentes) nous disent de la normativité ambiante, des institutions et du savoir légitime. Car à ces croisements, les régimes de

¹ Éléments développés au chapitre I Cadres théoriques et enjeux épistémopolitiques.

² Entendues comme des vulnérabilités construites pas des processus systémiques de « vulnérabilisation », et non comme des défaillances individuelles.

normativité³ produisent une double contrainte : il faut à la fois se rendre intelligible pour accéder aux droits et aux soins, et à la fois se protéger d'une exposition qui peut entraîner suspicion, violence, contrôle ou refus de légitimité. Ces expériences demeurent largement invisibilisées dans la recherche française, alors même que dans d'autres contextes, des approches critiques, issues notamment des *trans*, *mad*, *queer*, *crip studies* et des mouvements de la neurodiversité, en soulignent les spécificités. Dans ce mémoire, il est proposé d'explorer ces intersections à partir d'une recherche participative, menée avec des personnes concernées par la transitude, la folie et / ou la neurodivergence, afin de comprendre comment elles négocient, contestent ou reconfigurent les régimes de normativité/lisibilité qui conditionnent leur existence sociale et leur accès aux ressources.

Définition des termes

Avant de poursuivre d'avantage, il est nécessaire de présenter et de préciser l'utilisation de certains termes, sachant que certains seront davantage développés et discutés dans le Chapitre I « Cadres théoriques et enjeux épistémopolitiques ». Le choix a été fait ici de proposer une forme de glossaire argumentée plutôt que trop succincte. Les sujets travaillés sont peu connus dans le contexte français et la présentation plus développée a pour vocation de rendre les termes et les concepts davantage accessibles pour la suite de la lecture (quitte à opérer des redites, afin de pouvoir venir s'y référer plus facilement).

Trans

Tout d'abord, le choix est fait ici d'utiliser le terme *trans* pour désigner toute personne dont l'identité de genre diffère du genre assigné à la naissance. Il ne constitue absolument pas une identité unique mais recoupe une pluralité de vécus, d'identifications et de trajectoires diverses (incluant toute personne ne se définissant pas comme cisgenre, en transition ou non, médicalisée ou non). La critique légitime de l'invisibilisation de certains vécus par l'utilisation de termes-parapluie n'est pas ignorée. Ce choix a été fait avec l'idée qu'une liste de nominations risquait tout autant d'en laisser certaines de côté. De plus, par souci de lisibilité dans des

³ J'entends par « régime de normativité » ce qui désigne un ensemble de normes sociales, culturelles, politiques et institutionnelles qui définissent ce qui est considéré comme « normal » ou « acceptable » et donc ce qui, au contraire, est pathologisé, exclu ou invisibilisé.

démarches de plaidoyer, d'invitation à participer à cette recherche et d'organisation, le terme trans condensait une charge politique et une histoire de luttes communes importantes. Par ailleurs, l'usage du terme trans (plutôt que « transgenre » ou « transexuel.le ») est aussi un choix politique et s'inscrit dans une volonté de dépathologisation des identités considérées hors-normes en refusant les termes médicalisant et binaires issus de la psychiatrie normative afin d'éviter de tomber notamment dans des dynamiques pathologisantes ou encore transmédicalistes⁴.

Transitude

Dans la même optique, le terme de transitude, proposé par Alexandre Baril en 2014, permet de dépasser une conception figée et identitaire des expériences trans, pour penser davantage en termes de processus traversées ou de conditions socio-politiques situées. Il semble nécessaire d'insister sur la manière dont l'identification trans prend forme dans des rapports de pouvoir denses, aux croisements de normes de genre et de santé, et au sein d'institutions médicales et de logiques de reconnaissance sociale. Cette notion, plus fluide et active, permet de parler d'expériences trans sans les réduire à des catégories stables et normatives issus des institutions médicales, en soulignant la conflictualité, la plasticité et les dynamiques de subjectivation⁵ à l'œuvre.

Par ailleurs, ce travail mobilise plusieurs termes issus de réflexions, de recherches et de mouvements critiques sur les enjeux de la normativité cognitive, afin de nommer des expériences qui échappent aux cadres dominants de la « santé mentale⁶ ».

⁴ Le transmédicalisme, pour résumer brièvement, est l'idée selon laquelle le fait d'être trans dépendrait de l'expérience de la dysphorie de genre ou de la nécessité d'un traitement médical pour transitionner ; cherchant ainsi produire une séparation dans la légitimité de « vrais » personnes trans, des « fausses ».

⁵ Le terme de subjectivation renvoie ici au processus par lequel l'individu devient un « sujet » en construction progressive du rapport à soi.

⁶ J'utilise le terme de « santé mentale » entre guillemets afin de signaler une distance critique avec cette catégorie. En effet, cette notion s'est imposée historiquement dans un cadre biomédical et gestionnaire, largement façonné par les logiques néolibérales de normalisation, de responsabilisation des individus et de productivisme capitaliste.

Cissexisme, Cisgenrisme et Cisnormativité

Le cissexisme ou cisgenrisme⁷ est un système de domination / d'oppressions (re)créant une préférence sociale pour les identités cisgenres, et discriminant les autres. En cela, il désigne un système de domination ou d'oppression fondé sur l'idée que le genre d'une personne doit nécessairement correspondre à celui qui lui a été assigné à la naissance. Ce système naturalise la cisidentité⁸ comme norme sociale, corporelle et subjective, tout en rendant les expériences trans, non-binaires ou en questionnement illégitimes, suspectes ou pathologiques. Le cisgenrisme opère dans les discours médicaux, juridiques, sociaux, mais aussi dans les pratiques quotidiennes et les catégories de pensée. Il produit des effets épistémiques (disqualification des savoirs trans), politiques (obstacles à l'autodétermination), symboliques (invisibilisation, discrimination, stéréotypisation) et matériels (accès aux soins, aux droits, à la reconnaissance). Dans ce mémoire, le terme sera utilisé pour nommer les violences systémiques qui organisent la non-lisibilité, la disqualification ou la psychiatrisation des expériences trans, en lien avec d'autres formes de domination comme le sanisme ou le psychocentrisme. Le terme cisnormativité est complémentaire de cisgenrisme sans tout à fait désigner la même chose ni les mêmes mécanismes. La cisnormativité est le régime normatif hégémonique selon lequel toute personne est supposée être cisgenre (c'est-à-dire s'identifier au genre qui lui a été assigné à la naissance) et selon lequel cette concordance serait naturelle, stable, évidente et universelle. Là où le cisgenrisme désigne un système actif d'exclusion ou de délégitimation des personnes trans, la cisnormativité semble renvoyer davantage à la norme implicite, silencieuse, omniprésente qui rend l'identité cisgenre invisible comme telle, parce que considérée comme neutre, naturelle, universelle. La cisnormativité repose donc sur des formes de fictions structurantes comme le fait qu'il n'y aurait que deux sexes biologiques binaires et distincts, déterminant le genre ; que le genre serait une donnée stable, cohérente et visible : que les personnes trans seraient des exceptions rares à suspecter dont les existences devraient être justifiées, expliquées, voire corrigées. La cisnormativité ne fonctionne pas par hostilité directe, mais par effacement : elle présuppose la cisidentité, nomme l'autre comme anomalie, et invisibilise sa propre position comme norme située.

⁷ Nous utiliserons par la suite uniquement le terme de cisgenrisme sauf lorsque le terme cissexisme est employé par d'autres personnes.

⁸ Entendue comme identité cisgenre, à savoir dont le genre assigné à la naissance correspond au genre au genre avec lequel la personne s'identifie.

Neurodiversité

Tout d'abord, le concept de neurodiversité émerge au sein du militantisme des personnes autistes et formulé par la sociologue autiste Judy Singer à la fin des années 1990, désigne la diversité neurologique humaine comme un fait constitutif de la condition humaine, au même titre que la diversité corporelle ou culturelle. Dans une perspective critique, il permet de contester la pathologisation des fonctionnements cognitifs non normés, en les envisageant comme des formes légitimes d'existence et de perception du monde. Il est parfois mobilisé de manière relativement neutre afin de désigner la diversité comme un fait, ou parfois de manière plus critique et revendicative dans une dynamique de plaidoyer pour l'équité ou l'égalité et de reconnaissance des différences cognitive : postulant qu'il existe différentes manières de penser, sentir, percevoir et interagir avec le monde, sans que l'une soit supérieure à l'autre. Notons par ailleurs que : « La très vaste majorité des définitions de la neurodiversité inclut d'autres formes de neurodivergence, parmi lesquelles on retrouve le TDAH et les DYS (dyslexie, dysorthographe et dyspraxie), ainsi qu'à l'occasion ; le syndrome Gilles de la Tourette, la dépression et la schizophrénie (p. 293, Russell, 2020), l'anxiété, le trouble obsessionnel compulsif et la déficience intellectuelle (Hughes, 2016). » (CLAVEAU, 2024). Par ailleurs,

Neurotypisme

Le neurotypisme, dans ce cadre, fait référence à la norme implicite de fonctionnement mental ou cognitif à laquelle les individus sont censés se conformer. Cette norme, souvent invisible, structure les représentations sociales de la rationalité, de la productivité, de la stabilité psycho-émotionnelle et comportementale. En creux, elle produit l'exclusion et la disqualification des personnes qui s'en écartent. Autrement dit, le neurotypisme peut être considéré en termes de système de domination (re)créant une préférence sociale pour les identités neurotypiques, et discriminant les autres. Le terme de neurotypique, quant à lui, a émergé dans les années 1990 dans les communautés autistes anglophones (notamment Usenets, forums, etc.) et a été développé par les militant.e.s d'ASAN⁹ (Singer, 1999) comme contrepoint au terme de neuroatypique afin de renverser la stigmatisation. Ce néologisme issu des personnes concernées par les divergences neurologiques et cognitives est d'abord stratégique, afin de nommer la norme cognitive dominante et de la désessentialiser. Ainsi, ce concept cherche à

⁹ Autistic Self Advocacy Network.

dénaturaliser une prétendue « normalité » ; en nommant le neurotypique, on déconstruit le silence de la norme, tout comme l'on déconstruit le silence de la norme en nommant les personnes cisgenres.

Neuroatypie

Le terme neuroatypie, généralement considéré comme neutre et descriptif, est souvent utilisé dans les champs éducatifs ou médicaux-sociaux. Il est généralement utilisé pour désigner un fonctionnement cognitif qui diffère de la norme statistique. Il regroupe les profils autistiques, dyslexiques, TDAH, etc., en s'appuyant sur une différence neurodéveloppementale. Il est souvent présenté comme non stigmatisant, en opposition à des termes comme « trouble », « maladie mentale », « handicap mentale » et peut en cela porter une valeur inclusive. Notons néanmoins qu'il existe des effets de neutralisation du terme. Ce terme est majoritairement récupéré par des politiques publiques dans des logiques gestionnaires ou technocratiques. En cela, il devient parfois un outil de catégorisation douce, désamorçant ainsi les critiques structurelles sur la norme et les violences systémiques. Une des critiques majeures est qu'en mettant l'accent sur l'« atypie », on centre la norme comme référence sans remise en question profonde du neurotypisme. Par ailleurs, le terme est souvent mobilisé sans contextualisation sociale et critique des institutions ; il tend à renvoyer à l'individu (à son profil, aux aménagements nécessaires, à son adaptation) et non aux structures scolaires, sociales ou psychiatriques. De plus, on observe que dans nombre de communications institutionnelles, culturelles et médiatiques, la neuroatypie est associée à la résilience, la compensation, la valorisation de talents hors-normes presque héroïques et spectaculaires, dans une logique de neurodiversité fonctionnelle et productive. Cela a pour effet d'invisibiliser les luttes politiques menées par les personnes concernées en occultant les violences psychiatriques, éducatives ou sociales subies. Pour résumer, la catégorie neuroatypique perd quelque part son potentiel émancipateur et critique lorsqu'elle est absorbée par le management de la diversité cognitive, sans remise en cause profonde et radicale (au sens d'à la racine) de la norme neuronormative. En cela, je préférerais ici généralement utiliser le terme de neurodivergence, sauf en cas de citation d'aut.eur.ice ou de participant.e qui le mobilisent.

Neurodivergence

Pour ce qui est des termes de neurodivergence et neurodivergent, ils sont développés et popularisés par la militante Kassiane Asasumasu en 2000 (Walker, 2021), en prolongement du concept de neurodiversité formulé par Singer pour parler des conditions de ceux qui se retrouvent discriminé.e.s et stigmatisé.e.s du fait d'un décalage par rapport à la norme neuronormative ; « *qu'il s'agisse de l'autisme, de la dyslexie, de la dyspraxie, de l'aphantasie, de la synesthésie, de l'épilepsie, de la schizophrénie, du syndrome de stress post-traumatique, du syndrome de Williams ou des effets bénéfiques de la méditation à long terme sur le cerveau des moines bouddhistes* » (Walker, 2021, p27, traduction libre). Walker présente ainsi le terme de neurodivergence comme un terme davantage neutre et inclusif, englobant toute divergence vis-à-vis des normes dominantes sur le plan neurocognitif et conservant par là-même une capacité critique de remise en question plus fondamentale. Il permet en cela de désigner explicitement les personnes concernées par des fonctionnements neurologiques non normés, sans les réduire à des diagnostics médicaux. Contrairement aux usages pathologisants des diagnostics (qui tendent à assigner une déficience), le terme de neurodivergence tend à désigner davantage une position sociale et politique face à la norme cognitive dominante qui invalide et stigmatise. Cela a pour effet de visibiliser la construction sociale des normes cognitives et de penser les effets du pouvoir qui traversent les classifications cliniques. Néanmoins, comme les termes neuroatypie / neuroatypique, dans une certaine mesure, le terme de neurodivergence est utilisé dans des cadres très variés (réseaux sociaux, entreprises, formations, recherches, médias, ...) et peut subir une dilution de sa charge politique dans certains contextes. Notamment dans les endroits où la divergence n'est valorisée que si elle demeure fonctionnelle et productive ou inspirante et touchante ; dans les endroits où le terme de neurodivergence est désincarné de toute critique plus fondamentale du système psychiatrique ; dans les endroits où il devient une version euphémisée de « trouble » sans remise en question du paradigme biomédical¹⁰ (Walker, 2021 ; Yergeau, 2018 ; Coville & Lallet, 2023 ; Barnett, 2024). Il semble nécessaire de réaffirmer ici que le concept de neurodivergence ne prend sens que s'il est articulé à une critique des normes dominantes (cognitives, comportementales, psychiatriques, etc.) et à une revendication de la légitimité des vécus disqualifiés sans tomber dans des logiques du pathos ou du pathologique.

¹⁰ Notion développée dans le chapitre I « Cadres théoriques et enjeux épistémopolitiques ».

*Folie*¹¹

Le terme de folie désigne dans les usages communs et courants ; un écart à la norme rationnelle, émotionnelle ou comportementale souvent perçu comme illogique, déraisonnable voire dangereux. Bien que le terme ait été progressivement exfiltré du champ médical, psychiatrique ou psychanalytique, au profit de catégories plus normées (troubles, pathologies, diagnostics), il reste fortement chargé symboliquement. Comme l'exprime Claire Touzard : « il continue à désigner quelque chose. La « folie » reste un imaginaire, et chaque époque a sa vision de ce qui est fou et de ce qui ne l'est pas » (TOUZARD, 2025, p12). La psychiatrie classique a tenté de stabiliser cette notion, qu'elle soit « essence médicale positive ou pathologie sociale objective », (Gros, 1997). Mais cette prétendue objectivité masque le fait que la folie est une construction historique, culturelle et politique comme le démontre Michel Foucault dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961) ; à savoir que la folie, loin d'être une maladie naturelle, est une production sociale et institutionnelle. En cela, la folie constitue un dehors de la raison et de la santé, une figure construite par opposition au sujet rationnel, sain, productif et autonome. À l'époque moderne, cette opposition s'est durcie : la folie est passée du statut de différence radicale à celui de déviation de la norme, inscrite dans une logique de correction et de normalisation. En cela, la folie n'est ni un concept médical stable, ni une entité scientifique objectivable : c'est une catégorie sociale et politique, historiquement et culturellement construite. Autrement dit, elle est une catégorie sociale mouvante, historiquement assignée aux individus dont les comportements, émotions ou pensées viennent déranger l'ordre normatif. Cette assignation s'accompagne d'une série de dispositifs d'exclusion ou de neutralisation : la folie est stigmatisée, réduite au silence, rendue illisible, cachée, évitée - autant d'actes de silencing qui participent à son illégitimation sociale. Mais la figure de la folie semble poser avant tout, comme l'avance Foucault, davantage les questions suivantes : « que représente la folie, dans nos sociétés ? Ou plutôt : qu'est-ce que sont l'anormalité et la normalité ? » (Touzard, 2025, p13). Par ailleurs, si le terme de folie demeure ambivalent et considéré comme potentiellement stigmatisant, il a été réinvesti dans les luttes critiques de la psychiatrie. Notamment dans les mouvements des usager.e.s de la psychiatrie et les *Mad Studies* qui mobilisent ce terme comme une notion politique et subversive. Des personnes concernées l'emploient pour revendiquer une expérience de dissidence cognitive, affective ou existentielle, en rupture avec les catégories médicales dominantes. Le mot *folx* est ainsi utilisé pour désigner de manière inclusive et dépathologisante les personnes ayant des vécus de folie, en refusant

¹¹ J'utilise les termes fol et folx (pluriels) pour parler des personnes folles de manière inclusive.

l'étiquetage psychiatrique tout en affirmant la légitimité de ces expériences. Dans ce mémoire, le terme folie sera donc mobilisé dans une acception critique et située : il ne désigne pas une pathologie, mais une position en tension face à différentes formes de normativité (psychique, émotionnelle, cognitive, comportementale, ...), aux attentes de cohérence, de rationalité et de lisibilité. Il permet de penser ensemble les processus de marginalisation, les violences psychiatriques et sociales, ainsi que les formes de subjectivation et de savoirs qui émergent depuis ces expériences.

Psychocentrisme

Le concept de psychocentrisme, développé par la sociologue Candace Rimke (2016), exprime cette centralité du regard psychiatrique et psychologique dans l'interprétation de la souffrance humaine, qui tend à réifier les différences interpersonnelles comme des symptômes cliniques à gérer ou à corriger. Autrement dit, le psychocentrisme est un concept critique désignant l'idée selon laquelle les problèmes humains relèvent essentiellement de dysfonctionnements individuels (cognitifs, émotionnels, comportementaux), et non de rapports sociaux, économiques, politiques ou historiques. Il désigne la vision dominante selon laquelle les subjectivités humaines sont définies, mesurées et corrigées selon les critères de la psychologie ou de la psychiatrie (Claveau, 2024). Cette forme d'idéologie ou de paradigme, repose sur le fondement qu'il existerait un mode de fonctionnement psychique / mental stable, sain et universel, et que les écarts à cette norme seraient problématiques. De ce fait, le psychocentrisme naturalise les normes mentales, émotionnelles, affectives et relationnelles en les faisant passer pour neutres, objectives et scientifiques, en renforçant par là même des dispositifs de pouvoir, de contrôle et de surveillance sociale. Cette approche, que Rimke critique, enferme les expériences des personnes trans et folx dans une catégorie d' « anomalies » ou de « symptômes » à corriger, masquant ainsi les inégalités structurelles auxquelles ces communautés font face.

Validisme et capacitisme

Le terme d'*ableism*¹², apparaît dans les années 1980 au sein de mouvements de personnes handicapées, principalement aux États-Unis et au Royaume-Uni, dans le

¹² Traduction anglaise de validisme ou de capacitisme.

prolongement des luttes pour les droits civiques et des mouvements anti-racistes. Il émerge notamment en opposition aux approches du modèle médical du handicap (Withers, 2012 ; Clare, 2009 ; Kafer, 2013), qui définissent le handicap comme un déficit individuel à corriger, compenser ou normaliser. Dans ce contexte, le validisme désigne la hiérarchisation sociale entre les corps et esprits dits valides et ceux perçus comme déficients, hiérarchisation naturalisée au sein des institutions, des politiques publiques, des savoirs, mais aussi des interactions sociales. *L'ableism* s'inscrit dans le cadre critique des *Disability Studies*¹³, discipline née dans les années 1990 (notamment via des figures comme Tom Shakespeare, Rosemarie Garland-Thomson, Lennard David). Cette notion critique permet d'aborder le handicap comme n'étant pas une propriété biologique de l'individu mais comme un effet d'une organisation sociale qui impose des normes d'aptitude, de mobilité, de cognition ou de communication et qui s'organise concrètement selon ces dernières. En cela, c'est une idéologie dominante qui valorise les corps et esprits « fonctionnels », « productifs », « autonomes », et qui naturalise les exclusions en les présentant comme des réalités objectives. « Au début des années 2000, deux propositions de traductions francophones apparaissent : le capacitisme, au Québec, et le validisme, en France¹⁴. Dans les deux cas, les discours et travaux militants ont une grande importance dans la mobilisation des concepts, mais le passage par une théorisation universitaire se produit de manière inégale. » (Primerano, 2022). Ce concept permet de penser les formes d'oppression et d'invisibilisation vécues par les personnes en situation de handicap, mais aussi par les personnes folles, neurodivergentes, malades chroniques ou psychiatisées. Le validisme opère dans les institutions, les discours, les interactions, mais aussi dans les savoirs (en invalidant les vécus qui ne répondent pas aux normes d'intelligibilité et de légitimité imposées).

Sanisme

Le terme de sanisme, parfois décrit comme une forme de validisme, désigne un système de domination (re)créant une préférence sociale pour les identités « saines », entendu mentalement / psychiquement, et discriminant les autres. Si le terme est proche de validisme qui désignent un système de domination envers les personnes ayant des handicaps physiques ou psychiques/mentaux, le sanisme cible très spécifiquement les personnes ayant des détresses

¹³ Traduction : Etudes du handicap.

¹⁴ Il ne s'agit pas ici de présenter les précisions et spécificité du développement et de l'utilisation des deux termes dans deux contextes différents mais seulement de noter cette distinction. Nous utiliserons uniquement le terme de validisme car il semble plus courant dans l'espace français, sauf lorsque nous évoquerons des écrits et des aut.eu.rice.s qui utilisent le terme de capacitisme.

psychiques, souvent nommées « troubles » de santé mentale ou étant perçues comme telles. (BARIL, 2023). C'est donc un système de domination fondé sur la valorisation des personnes considérées comme « saines d'esprit », « rationnelles », « stables », « autonomes », « cohérentes », au détriment des personnes perçues comme « folles », « instables », « irrationnelles » ou « déviantes » psychologiquement. Il se compose des « *façons dont la société valorise certaines formes de conscience et d'existence humaines par rapport à d'autres* » (Van Veen, Ibrahim et Morrow 2018, p259, traduction libre de Ryan Thorneycroft). Ryan Thorneycroft ajoute que « *Le sanisme s'investit à renforcer l'état sain du corps et de l'esprit, et ce renforcement consolide le dégoût des corps fous.* ». Comme le validisme, il naturalise l'exclusion en la présentant comme un « *mal nécessaire* », en associant la folie à la dangerosité, à l'irresponsabilité ou à la déficience. Il renforce la hiérarchie entre les personnes jugées saines et les autres — souvent au nom du soin ou de la sécurité. C'est une forme de domination structurelle, systémique et interne aux institutions.

Contextualisation socio-politique

Depuis une dizaine d'années, les expériences trans, folles et neurodivergentes bénéficient d'une visibilité croissante dans les médias, les productions culturelles et certains espaces académiques. Le « *transgender tipping point* » popularisé par Laverne Cox dans le magazine *Time* (Steinmetz, 2014, 9 juin), en est devenu un marqueur symbolique, tandis que la *Human Rights Campaign* (2015, 2022) relève une présence accrue des sujets liés à la transitude dans l'actualité. En parallèle, une montée de la visibilité des personnes neurodivergentes dans les espaces médiatiques et numériques s'opère Claveau (2024).

Cette visibilité, souvent interprétée comme un signe de progrès, masque pourtant des dynamiques paradoxales où la reconnaissance partielle coexiste avec des violences renouvelées, un durcissement normatif, des effets de *backlash*¹⁵.

Sur le plan politique, une résurgence de discours pathologisants et coercitifs s'observe tant dans les débats publics que dans les pratiques médicales ou administratives. Comme le note Ashley (2025, p2) : « *Les imaginaires culturels du Nord global sont infestés par des pseudo-logiques insidieuses de contagion imbriquant mutuellement les subjectivités neurodivergentes*

¹⁵ Traduction libre : « retour de bâton ».

*et trans.*¹⁶». Ainsi, des projets de rapport tels que celui discuté à l'ONU, qui assimilent la dysphorie de genre à un phénomène « socialement contagieux », nourrissent des propositions d'interdiction mondiale des transitions pour mineur.e.s, de même que des risques de conditions dégradées pour tou.s.tes¹⁷. En France, les personnes trans se heurtent toujours à des parcours de soin psychiatrisants, à des obstacles pour accéder aux soins transaffirmatifs ou à la reconnaissance juridique et sociale, malgré l'abandon récent de recommandations jugées obsolètes et pathologisantes (2022 ; B., K, 2024).

Parallèlement, les personnes dites folles ou neurodivergentes subissent la normalisation des dispositifs de contrôle institutionnel : injonctions à la stabilité émotionnelle, isolement en « chambres » sécurisées qui s'apparentent plus à des cellules, recours à la contention mécanique, ou encore médicalisation précoce et précarisation structurelle. Selon l'Irdes (Touitou-Burckard et al, 2024), sur les 76 000 hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2022, 37 % ont entraîné un isolement et 11 %, confirmant la persistance de pratiques coercitives.

Ces dynamiques s'inscrivent dans un contexte politique plus large : montée des extrêmes droites, discours sécuritaires et réactionnaires, valeurs traditionnelles, durcissement généralisé des normes sociales, et offensives idéologiques contre les études de genre et culturelles ; les droits des minorités¹⁸, les mouvements de luttes et de défense antiracistes, décoloniaux, anti-impérialistes, *queer*, féministes, écologistes, antivalidistes, notamment. L'utilisation généralisée des mots d'ordre tels que « idéologie ou folie woke » et « idéologie ou folie trans » presque sur le même plan sert à délégitimer des revendications, disqualifier les savoirs situés¹⁹ et criminaliser les formes de dissidences cognitives, affectives ou politiques. Ce retour en force des logiques réactionnaires se traduit aussi dans les politiques publiques (restrictions d'accès à l'hormonothérapie, attaques contre l'éducation inclusive, contrôle accru de la « santé mentale », réforme de la psychiatrie) et dans les formes banalisées de violence sociale.

Dans ce régime normatif global, la santé psychique, le genre et la rationalité sont imbriqués dans un idéal implicite : un sujet blanc, sain, valide, autonome, stable, rationnel, hétérosexuel et cisgenre. Toute déviation perçue par rapport à cette norme, qu'elle concerne

¹⁶ Traduction libre de : « *Global North cultural imaginaries are overrun by insidious pseudologies of contagion which mutually imbricate neurodivergent and trans subjectivities* ».

¹⁷ Comme on peut l'observer aux Etats-Unis et au Royaume-Uni récemment par exemple.

¹⁸ Personnes racisées, personnes migrantes, femmes, personnes LGBTQIA+, personnes en situation de handicap, etc.

¹⁹ Les savoirs situés désignent une conception de l'objectivité qui reconnaît que toute connaissance est produite depuis une position incarnée et située ils exigent un positionnement explicite du/de la chercheur.e et une responsabilité envers les mondes étudiés, (Haraway, 1988 ; Harding, 1991 ; Collins, 1990).

l'identité, l'apparence, le comportement, la manière de s'exprimer ou la stabilité émotionnelle, tend à être disqualifiée (Primerano, 2022). Les vécus articulant transitude, neurodivergence et/ou dissidence psychique se trouvent ainsi particulièrement exposés à la suspicion, à l'illisibilité institutionnelle et sociale, au refus d'écoute ou à l'assignation au silence.

Ce moment historique est donc ambivalent : d'un côté, un certain élargissement des discours institutionnels autour de la diversité psychique et du genre ; de l'autre, un renforcement des dispositifs de normalisation, parfois sous des formes renouvelées (psychiatriation bienveillante, psychologisation des identités). Ce contexte appelle une lecture critique, cherchant à relier les expériences vécues à leurs conditions sociales de possibilité, et à produire une analyse transversale des oppressions croisées.

Notions clefs

Les expériences situées à l'intersection de la transitude, de la folie et de la neurodivergence mobilisent des catégories et des rapports de pouvoir qui ne sont pas toujours nommés, alors même qu'ils structurent profondément la manière dont elles sont vécues, reconnues ou (in)validées. Dans le contexte français, plusieurs des notions mobilisées²⁰ ici demeurent peu connues ou rarement employées dans la recherche académique (Coville & Lallet, 2023 ; Back, 2024 ; Primerano, 2022). Le choix est donc fait de les définir brièvement dans l'introduction permettant ainsi d'offrir aux lect.eur.rice.s quelques clés fondamentales pour comprendre la construction de la problématique, tout en réservant leur développement au chapitre théorique. Ainsi, dans ce mémoire, cinq notions occupent un rôle central : elles servent à la fois de grilles de lecture pour analyser les récits recueillis et de points d'ancrage pour comprendre comment ces expériences s'inscrivent dans des rapports de pouvoir et des structures sociales plus larges.

Les vécus situés aux croisements de la transitude, de la folie et de la neurodivergence se confrontent à des régimes normatifs puissants qui définissent ce qu'est une identité légitime, un corps-esprit « sain », un mode de fonctionnement ou une existence « normale », acceptable, estimable. Trois systèmes de normativité interconnectés sont particulièrement centraux dans ce travail.

²⁰ Issues notamment des *Mad, Trans, Neuro, Queer, Crip Studies & Theories* (que nous développerons plus tard)

Tout d'abord la *cisnormativité* est une notion critique développée pour appréhender le postulat que toutes les personnes sont, ou devraient être, cisgenres, en reléguant les identités non-cisgenres à des exceptions-déviances à justifier ou à corriger. Elle participe à invisibiliser la position cis en la naturalisant comme norme unique, tout en rendant suspects les trajectoires trans, intersexes et plus largement non-cisgenres. Dans les parcours de soin, elle conditionne l'accès aux droits et aux traitements à des récits conformes aux attentes médicales, favorisant les parcours linéaires et médicalement validés (Baril, 2015, 2019)

Ensuite, le *sanisme* valorise la stabilité psycho-comportementale, la rationalité et la maîtrise émotionnelle, tout en dévalorisant ou en stigmatisant les expériences jugées « malades », « incohérentes » ou « déviantes » ; comme les états de crise, de détresse ou de divergence psychique, comportementale et affective. Ainsi, il participe à définir et à construire ce qui est jugé « sain », « normal », ou « pathologique ». Il structure en ce sens les représentations dans les institutions (médicales, sociales et juridiques notamment), mais aussi leurs pratiques, et contribue à délégitimer la parole et les besoins des personnes psychiatisées, ou jugées « folles » ou « malades mentales », en les considérant moins crédibles ou moins capables de discernement.

Finalement, la *neuronormativité*, dans la même mécanique que le sanisme, privilégie certains modes de fonctionnement cognitif, communicationnel, comportemental et émotionnel par rapport à d'autres jugés hors-normes. Ainsi, ce régime de normativité valorise et favorise la cohérence linéaire, la régulation affective et la productivité notamment, aux dépens ce qui n'est pas considéré ainsi. Il désigne par ailleurs les attentes implicites valorisant certains modes de fonctionnement par rapport aux autres et sert de critère d'inclusion, d'aptitude, d'estimation et d'intégration sociale. La neuronormativité en tant que notion permet donc d'éclairer les exclusions vécues par les personnes neurodivergentes lorsque leurs manières de penser, de communiquer ou d'agir s'écartent des formats attendus par les normes et institutions dominantes (Yergeau, 2018).

De plus, ces trois régimes normatifs s'articulent dans des « *politiques de respectabilité*²¹ ». Cette notion est développée par Evelyn Brooks Higginbotham (1993) à propos des discriminations et processus de ségrégations raciales aux Etats-Unis. Elle met notamment en avant les injonctions à développer des formes de respectabilité admises par la blancheur (Jefferson, 2024). Ici cette notion s'ajoute à l'articulation des différents régimes normatifs

²¹ Traduction libre de « Respectability politics ».

nommés qui conditionnent la reconnaissance sociale et institutionnelle à l'adoption de comportements, de modes de pensée, d'apparences ou de récits jugés acceptables par les groupes dominants (Espineira & Thomas, 2022 ; Pilling, 2022 ; Awkward-Rich, 2022). Les trajectoires jugées « lisibles²² » sont valorisées, tandis que celles qui cumulent instabilité ou détresse psychiques, neurodivergence et transitude sont souvent marginalisées ou jugées illégitimes. Pour compléter ces éléments, deux notions transversales sont mobilisées.

La première est la notion d'*intersectionnalité* forgée par Kimberlé Crenshaw (1989). Elle désigne à l'origine l'analyse des effets conjoints du racisme et du sexisme sur les femmes afro-américaines dans le système juridique américain. Elle met en évidence que les rapports de pouvoir (genre, race, classe, sexualité, handicap, etc.) ne s'additionnent pas simplement mais s'entrecroisent, produisant des formes spécifiques d'oppression qui ne peuvent être comprises isolément. Cette approche a depuis été reprise et développée dans de nombreux champs critiques (Bilge, 2009 ; Dorlin, 2006), y compris dans les études sur le handicap, la « santé mentale » et la transitude, pour rendre compte de l'expérience des personnes situées à la croisée de plusieurs systèmes d'oppression et de leurs héritages coloniaux.

La seconde est l'*injustice épistémique* (Fricker, 2007), qui permet de saisir comment ces logiques se traduisent dans la production et la circulation des savoirs. L'injustice épistémique peut prendre notamment la forme d'un déni de crédibilité (injustice testimoniale) ou bien encore d'un manque de ressources collectives pour interpréter certaines expériences (injustice herméneutique). Ces mécanismes affectent directement et profondément la capacité des personnes concernées à se faire entendre et comprendre dans les espaces médicaux, sociaux et politiques, et jouent un rôle très structurant dans la manière dont leurs récits et savoirs sont reçus, interprétés, reconnus ou non.

Ainsi, en articulant ces six notions, je chercherai à interroger la manière dont les normes de genre, de santé psychique et de fonctionnement cognitif conditionnent la lisibilité des personnes trans, folles et neurodivergentes, ainsi que les tactiques et contre-savoirs qu'elles élaborent pour naviguer et lutter face à ces régimes de reconnaissances qui les délégitiment.

²² A savoir les trajectoires stables, linéaires, conformes.

Etat de l'art

Au XXe siècle, la consolidation d'une médecine et d'une psychiatrie classificatoires a installé un continuum institutionnel, à savoir hôpital, école, justice, où viennent se distribuer les « écarts » à la norme (Domin, 2013 ; Goffman, 1961 ; Foucault, 1961 ; Castel 1976). Dans ce cadre, des catégories telles que la « dysphorie de genre », la « schizophrénie », le « trouble du spectre de l'autisme », pour donner quelques exemples, se stabilisent dans les nomenclatures DSM/CIM²³. Elles restent néanmoins poreuses, et s'imbriquent dans des dynamiques intersectionnelles de genre, de race et de classe. De nombreuses études montrent que ces classifications sont à la fois médicales mais aussi façonnées, interprétées et vécues dans des contextes de pouvoir (Alvarez, 2019 ; Wolfe & al, 2022 ; Humphrey & al, 2025 ; Metzl, 2009). Ce constat rejoint les travaux de la sociologie de la santé qui mettent en évidence leur caractère socialement construit et historiquement situé (Castel, 1981 ; Rose, 1985). Par ailleurs, le concept de médicalisation permet de montrer comment certaines expériences sont redéfinies comme pathologiques en fonction de différentes logiques et notamment des logiques économiques, professionnelles et idéologiques (Conrad, 1987 ; Busfield, 1996). En cela, ces classifications cadrent l'intelligible. Elles construisent une identité idéale hégémonique « normale » et prescrivent des parcours de correction pour tout écart. On voit ainsi que cette généalogie fait apparaître une logique commune dans les mécaniques contraignant les vies à entrer dans les grilles d'une normalité binaire et productiviste. Cette dernière étant façonnée par les rapports de domination croisés (racisme, cisgenrisme, sanisme, etc.). Les critiques féministes et décoloniales ont montré comment la psychiatrie a contribué à racialiser le risque perçu à l'ordre colonial et à genrer la déraison dans une même logique de domination en exportant des standards occidentaux érigés en normes universelles et naturelles (Fanon, 1952/1961 ; Fernando, 2010/2014 ; Metzl 2009 ; Appignanesi, 2008 ; Gilman, 1985 ; Feyeux, 2021). Cet héritage historique continue de structurer la production contemporaine des savoirs et des pratiques, y compris lorsque les catégories évoluent ou se « dépathologisent » partiellement.

²³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) & Classification Internationale des Maladies (CIM)*.

1- Généalogies : normer, classier, contrôler

L'analyse des croisements entre transitude, folie et neurodivergence nécessite d'abord de comprendre comment ces catégories se sont historiquement constituées comme objets de savoir et de contrôle. Inscrite dans les travaux critiques sur la médicalisation, cette généalogie met en évidence la manière dont les institutions, les savoirs et les normes se co-produisent pour définir ce qui est considéré « normal » ou « déviant » et traité comme tel.

La notion de pathologisation²⁴ est au cœur de la constitution des identités trans, folles et neurodivergentes en objets médicaux (Foucault, 1976 ; Stryker, 2008). Depuis le milieu du XXe siècle, les nomenclatures internationales telles que le DSM de l'*American Psychiatric Association* et la CIM de l'Organisation mondiale de la santé ont établi des catégories diagnostiques différenciées tout en véhiculant des normes implicites de rationalité, de genre et de cognition (Gilman, 1985 ; Feyeux, 2021 ; Pache & Mathieu, 2023 ; Mills, 2014). Ces classifications ne sont pas de simples outils descriptifs : elles participent à ce que Foucault conceptualise comme la gouvernementalité en devenant des dispositifs disciplinaires (1975, 1976, 2001). En articulant savoir et pouvoir, elles orientent les pratiques médicales, judiciaires et sociales (Castel, 1976 ; Rose, 1985 ; Pache & Mathieu, 2023) et conditionnent l'accès aux droits et légitiment le pouvoir d'instances expertes. Dans ce cadre, le diagnostic devient ainsi un prérequis d'éligibilité au changement d'état civil, aux parcours de transition ou aux compensations du handicap (Baril, 2015 ; Pilling, 2022 ; Feyeux, 2021).

Au-delà de chaque catégorie, ces nomenclatures s'appuient sur des logiques partagées. La plus marquante est la psychologisation, qui lie des problèmes sociaux ou politiques à des causes individuelles ou psychiques, en contribuant à faire de la souffrance une « anomalie » interne plutôt qu'une réaction à un environnement oppressif (Foucault, 1976 ; Rose, 1985, Rimke, 2000). Cette logique installe un idéal normatif d'« identité cohérente », de « rationalité saine » et de « cognition lisible » (Stryker, 2006 ; Baril, 2015 ; Espineira, 2011 ; Yergeau, 2018). Rimke parle de psychocentrisme (2016) pour exprimer cette centralité du regard psychiatrique et psychologique dans l'interprétation de la souffrance humaine, qui tend à réifier les différences interpersonnelles comme des symptômes cliniques à gérer ou à corriger. Cette approche, que Rimke critique, enferme les expériences des personnes trans, folx,

²⁴ Processus par lequel des variations d'expérience ou d'identité sont requalifiées comme troubles nécessitant diagnostic et correction.

neurodivergentes dans une catégorie d' « anomalies » ou de « symptômes » à corriger, masquant ainsi les inégalités structurelles auxquelles ces communautés font face. Ce processus confère un pouvoir accru aux élites médicales²⁵, qui (re)définissent les normes sociales sous couvert de scientificité neutre mais comme le souligne Foucault (1975), les institutions médicales agissent comme des lieux de pouvoir où la normalité est définie et gardée. Ce pouvoir, communément perçu comme bienveillant en raison du rôle de « soin », peut en réalité s'avérer maltraitant ou coercitif, (Lefrançois, Beresford & Russo, 2022).

Cette centralité n'est pas neutre. L'histoire des sciences biomédicales rappelle que les catégories médicales sont prises dans des rapports de pouvoir et d'idéologie. La médecine, notamment au XIX^e siècle, a participé à la légitimation d'une conception dite « scientifique » des races biologiques, mobilisée pour justifier des hiérarchies sociales et coloniales (Gould, 1981/1996 ; Dorlin, 2006 ; Duster, 2003). Il a fallu attendre l'avancée des recherches en génétique humaine au milieu du XX^e siècle pour que soit démontrée l'absence de fondement biologique à la notion de « race », (Lewontin, 1972). Cet exemple souligne la nécessité de considérer avec précaution les catégories biomédicales contemporaines, telles que les diagnostics, dont la prétention scientifique n'efface pas leur inscription dans des contextes normatifs et idéologiques. En effet, leur développement s'est historiquement articulé à des entreprises de racialisation. Dans les contextes coloniaux, la psychiatrie a présenté les colonisés comme « immatures », « primitifs », « incapables de rationalité » tendant à naturaliser des traits censés justifier leur domination (Fanon, 1952/1961 ; Fernando, 2010/2014). Ainsi, la colonialité de la psychiatrisation se réfère notamment à l'usage historique des diagnostics pour hiérarchiser, racialiser contrôler et discriminer les populations (Abelhauser et al. 2011). Metz (2020) illustre ce processus en retraçant comment, aux États-Unis, la schizophrénie fut reconfigurée dans les années 1960 renforçant la surveillance des hommes afro-américains engagés dans les luttes pour les droits civiques. Claire Touzard, en se fondant sur le travail de Shaista Patel, explique : « *le diagnostic « de colère et d'agitation masculines noires » était nécessaire non par parce qu'il était nocif pour le patient, mais parce qu'il menaçait l'ordre racial blanc des médecins et, par extension, la civilisation blanche* » (2025, p66).

Ces processus se croisent avec une construction genrée de la déraison. Dès ses origines, la psychiatrie s'est appuyée sur des notions profondément genrées pour définir ce qui constitue

²⁵ Par élites médicales, je fais référence aux acteurs.rices.x des institutions médicales et académiques qui occupent une position dominante dans la production et la légitimation des savoirs médicaux, comme les comités internationaux de classification diagnostique (DSM, CIM) ou les praticiens.nes.x ayant un pouvoir décisionnel et une influence reconnue sur les normes de santé psychique et sociale.

la « santé mentale » ou la « pathologie » (Foucault, 1976 ; Appignanesi, 2008). Par exemple, les femmes ont été historiquement sur-représentées dans les diagnostics de troubles hystériques ou de neurasthénie²⁶, des catégories médicales qui réduisaient leurs souffrances psychiques à leur biologie reproductive et aux stéréotypes sur l'instabilité émotionnelle féminine (Gilman, 1985 ; Gutteres-Green, 2003). Ces diagnostics ont souvent servi à disqualifier les femmes en tant que sujets rationnels et autonomes, ou à disqualifier leurs revendications (Touzard, 2025), en renforçant ainsi leur marginalisation dans des contextes sociaux et politiques dominés par des hommes blancs. Dans cette dynamique, les comportements déviant des normes genrées étaient fréquemment pathologisés. Les femmes perçues comme insuffisamment soumises à l'ordre hiérarchique patriarcal ou non conformes aux rôles de genre traditionnels étaient médicalisées. Un autre versant genré de cette dynamique était un traitement médicalisé des hommes jugés insuffisamment virils ou émotionnellement fragiles ou féminisés. Cette dynamique genrée patriarcale a renforcé une psychiatrie normative agissant comme un outil de régulation des corps et des comportements pour maintenir des rôles genrés rigides, asymétriques et ainsi donc hiérarchisés. (Feyeux, 2021). Dans les contextes coloniaux, ces logiques se superposent de manière genrée/racisée : les hommes colonisés étaient à la fois infantilisés (généralement perçus comme immatures et moins capables de raisonner) et hyper virilisés (dépeints comme forts, violents, dangereux) (Touzard, 2025), ce qui renforçait la justification d'un contrôle médical et policier. Cet héritage racialisé et genré continue d'avoir des effets dans les pratiques contemporaines. En cela notamment qu'il continue d'influencer la crédibilité accordée aux patient.e.s, les modalités de leur prise en charge et la reconnaissance sociale de leurs vécus. Les diagnostics restent traversés par des biais qui reconduisent, sous une forme euphémisée, les logiques d'essentialisation et de naturalisation héritées des entreprises coloniales et patriarcales.

L'histoire de la pathologisation révèle également un croisement structurel entre transitude et folie. Dès le DSM-III (1980), la transidentité est codifiée comme trouble mental, ce qui inscrit durablement les parcours trans dans le champ de la psychiatrie. L'accès aux transitions médicales, aux soins et au changement d'état civil a été conditionné, dans la plupart des pays occidentaux, à une expertise psychiatrique, (Stryker, 2008 ; Espineira, 2008). Ce cadrage a eu deux conséquences majeures. Premièrement, il a inscrit les expériences trans dans une logique de folie présumée, où l'« identité de genre » devait être prouvée comme stable et rationnelle pour être recevable. Les personnes trans se voyaient ainsi encouragées à se distancier

²⁶ Ancêtre de la dépression.

de toute association à la folie pour rendre leur parcours acceptable. Deuxièmement, il a produit une forme d'exclusion croisée : les personnes trans présentant des « troubles psychiques²⁷ » ou neurodivergences étaient jugées « inéligibles » ou « non crédibles » dans leur identité de genre par les mécaniques de diagnostic différentiel²⁸, la psychiatrie mobilisant leur supposée instabilité comme argument pour bloquer l'accès aux soins (Espineira, 2011 ; Fitzpatrick & Voronka, 2016 ; Pilling, 2022).

Ce double héritage explique que la transitude et la folie ne puissent être pensées séparément. Leur pathologisation a été historiquement entremêlée : la première (trans) a été rendue lisible par son inscription dans la seconde (folie), et la folie a été instrumentalisée pour délégitimer ou exclure les trajectoires trans. Cette intersection pathologisante constitue un noyau principal de l'histoire des pratiques du complexe psy²⁹, dont les effets se prolongent aujourd'hui dans les représentations et pratiques institutionnelles et sociales. Ainsi, il s'agit aussi d'examiner la manière dont cette histoire et ses héritages structurent encore la production contemporaine des savoirs et les pratiques de santé, même lorsque certaines catégories se déplacent ou se dépathologisent (souvent seulement partiellement).

2- Production actuelle majeure : centralité du biomédical, du pathologique et du vulnérabilisme

La production scientifique contemporaine sur la transitude, la folie et la neurodivergence reste en grande partie structurée par les cadres classificatoires des manuels diagnostics et classificatoires que sont DSM et la CIM, et qui reconduisent les logiques biomédicales et pathologisantes héritées du XX^e siècle. Le paradigme biomédical, qui conçoit la maladie comme une altération et une déviance de processus naturels, notamment avec une causalité spécifique pouvant être objectivée par la science, fondée sur un primat du biologique, et sur la séparation nette du corps/esprit. Il vise principalement la correction menant au retour à une « normalité » idéale ou statistique (Engel, 1977 ; Wade & Halligan, 2004 ; Boorse, 1977). Dans

²⁷ Le terme est conservé mais avec une distance critique pour spécifier un emploi généralisé (dans le temps), y compris par des personnes concernées, bien qu'il appartienne aux catégories psychiatriques grandement critiquées ici.

²⁸ Le diagnostic différentiel est une méthode diagnostique consistant à catégoriser les différentes « pathologies » comme notamment excluant les unes des autres. Par exemple, les diagnostics de reconnaissance de la transitude excluaient (voire excluent) les personnes présentant des caractéristiques du diagnostic « schizophrénique ».

²⁹ Se réfère aux différentes disciplines articulées autour des sciences psy : psychiatrie, psychologie, psychanalyse, etc.

cette perspective, les variations de genre, de cognition ou d'expérience psychique sont interprétées comme des erreurs, des manques ou des défaillances qu'il s'agit de diagnostiquer pour les corriger ou les compenser (dans l'idée de rétablir l'ordre des choses). Le paradigme pathologique, tel que le définit Canguilhem, ne se réduit pas à une simple description médicale : il s'inscrit dans des régimes de normativité, où la santé se définit par rapport à une norme dominante, et où la maladie constitue un écart entendu comme nécessairement négatif (Canguilhem, 2013). Notons que les travaux sur la médicalisation montrent l'extension de la catégorie de pathologie à des problèmes non médicaux (Busfield, 1996 ; Conrad, 1987). Ces deux cadres, combinés, produisent une grille de lecture déficitaire des identités trans, folles et neurodivergentes. Les recherches en santé s'appuient encore largement encore largement sur ces présupposés en cela qu'elles recensent les troubles, les risques, les comorbidités ou cooccurrences supposées, ce qui peut conduire à appréhender les expériences minoritaires comme intrinsèquement vulnérables ou instables, (Barr et al., 2021 ; Pelé, 2023).

Dans le champ des productions médicales contemporaines, on observe que de nombreuses revues sur la santé des personnes LGBTQIA+ se fondent et mettent en avant des considérations autour des offres de soin principalement orientées vers la gestion de crises et de situations d'urgences, plutôt que dans des démarches d'accompagnement pérenne et coconstruits. (Chamberland & Saewyc, 2012 ; Di Grazia et al., 2021 ; Freitas et al., 2024). En plus de n'être que très rarement coconstruites avec les personnes concernées, on observe qu'elles demeurent fréquemment traversées par des violences institutionnelles et des pratiques discriminatoires, qui compromettent grandement la qualité de la prise en charge (Pilling, 2022). Parallèlement, les travaux sur les comorbidités et cooccurrences rapportent des taux élevés de troubles anxieux, de l'alimentation, dépressifs et du spectre de l'autisme parmi les populations trans et neurodivergentes (Barr et al., 2021 ; Fradelizi, 2020 ; Pelé, 2023). De plus, les revues récentes confirment une surreprésentation de l'autisme chez les personnes trans et inversement, tout en insistant sur l'existence de biais méthodologiques majeurs dans ces résultats ou dans la manière dont ces recherches sont conduites (Bouzy & al, 2023). Or, lorsque ces données sont présentées sans contextualisation, elles tendent à renforcer une lecture naturalisante et essentialisante des liens entre transitude, neurodivergence et folie, comme si ces croisements relevaient d'une causalité uniquement biologique, essentielle ou naturelle, plutôt que comme produit en grande partie par l'effet cumulé des violences subies par ces populations marginalisées. Cette lecture très partielle des situations contribue ainsi à invisibiliser les déterminants structurels de la détresse ou de la souffrance. Elles tendent à reconduire la charge

sur le déficit individuel alors même qu'elles démontrent qu'il n'y a pas de contre-indication aux soins d'affirmation de genre pour les personnes neurodivergentes par exemple (Espineira & Thomas, 2022 ; Bouzy et al, 2023). Ce paradoxe révèle en ce sens l'ambivalence des classifications médicales. Alors même que l'ICD-11 a déplacé les catégories se rapportant aux expériences de transitude hors du champ des troubles, cette dépathologisation demeure largement de surface, faisant davantage penser à un simple changement de nom de catégorie sans modification du fond. En pratique, on observe plutôt que les parcours trans continuent d'être filtrés par des dispositifs d'évaluation psychiatriques. Ainsi, tout porte à croire que l'horizon change, mais que les filtres demeurent : les savoirs biomédicaux continuent d'organiser l'accès aux soins et aux droits avec des effets discriminatoires accrus pour les personnes les plus discriminées, comme les personnes trans racisées ou issues de milieux précaires, pour qui l'accès aux soins est souvent doublement conditionné, par des critères de respectabilité raciale, de conformité genrée.

Dans ce contexte, un cadre théorique devenu central explicite les dynamiques à l'œuvre. Le *minority stress model*³⁰ développé par Ilan Meyer en 2003, est une notion développée pour chercher à expliquer la plus grande présence de problèmes de santé ou détresses psychiques chez les personnes appartenant à des minorités. Plutôt que d'individualiser ces problèmes, ce modèle démontre leurs liens avec les effets cumulatifs de la stigmatisation, des discriminations et de la violence. En ce sens, on peut penser que ce modèle a constitué une avancée importante pour les populations minorisées en ce qu'il permet de rendre visible l'impact structurel des oppressions sur la santé. Cette démarche permet notamment de pouvoir légitimer avec davantage de poids politique la reconnaissance d'un coût sur le corps-esprit, les individus et les communautés marginalisés des oppressions systémiques. Il a ainsi pu être mobilisé pour plaider en faveur de politiques publiques visant à réduire les discriminations et à développer des soins, des services et des accompagnements davantage adaptés. Néanmoins, son usage non critique tend à figer les personnes trans, folles et neurodivergentes dans une position de victimes passives à surveiller ou à protéger, sans interroger les structures sociales qui produisent cette vulnérabilité (Hendricks & Testa, 2012). Ehrenberg (1998) a montré comment la psychiatrie contemporaine définit la souffrance en termes d'incapacité à être suffisamment autonome et performant, ce que Pilling renforce en discutant comment des approches similaires peuvent recentrer l'individuel, réinstaller la psychiatrisation et évacuer l'analyse critique structurelle des (2022). De plus, plusieurs chercheuses soulignent que ce cadre ne permet pas de penser

³⁰ Traduction libre : « modèle du stress minoritaire. »

pleinement les dynamiques intersectionnelles ni la pluralité des expériences vécues par les personnes marginalisées, aux croisements de plusieurs expériences minoritaires (Frost & Meyer, 2023 ; Hoy-Ellis, 2023 ; Tan & al, 2020). Ainsi donc, par le fait d’invisibiliser les conditions sociales, matérielles et intersectionnelles, ce modèle peut tendre à reconduire une logique déficitaire où les identités trans, folles et neurodivergentes apparaissent intrinsèquement liées à la souffrance psychique sous un prisme de vulnérabilité les dépossédant d’agentivité. En ce sens, le modèle du stress minoritaire témoigne de l’ambivalence de la production scientifique contemporaine : même lorsqu’elle se veut critique et inclusive, elle reste marquée par une grille de lecture biomédicale et pathologisante, qui continue de situer la vulnérabilité dans les individus plutôt que dans les structures.

Au-delà des biais méthodologiques et essentialisants relevés plus haut, la production scientifique et institutionnelle sur la transitude, la folie et la neurodivergence tend à renforcer des mécanismes de victimisation ou de vulnérabilisme³¹. En produisant un cadrage qui réduit des groupes à leur fragilité supposée, ces productions légitiment des pratiques comme la tutelle et la surveillance et maintenant des mécanismes de contrôle social, (Chouliaraki, 2020 ; Freitas & al., 2024). Ce biais alimente des pratiques de *gatekeeping* : à savoir des pratiques de filtrage qui conditionnent l’accès aux soins et aux droits comme vu précédemment (Espineira, 2008 ; Pilling, 2024). En hiérarchisant les parcours, les différentes formes de politiques de la respectabilité amplifient des mécanismes où seules les formes de vie perçues comme cohérentes, stables et intégrables dans les cadres et modèles dominants sont reconnues et légitimées (Cohen, 1999 ; Puar, 2017). Or, il est important de préciser que la manière dont cette vulnérabilité est mobilisée varie grandement selon différentes positions sociales. Ainsi, certaines vulnérabilités peuvent être appréhendées davantage comme des objets de compassion, qui génèrent l’empathie et les élans pour prendre soin, tandis que d’autres jugées dangereuses et déviantes deviennent prétextes à la répression, à l’institutionnalisation ou à la surveillance accrue. Afin de pouvoir mieux saisir ces hiérarchies implicites entre les vies vulnérables dignes d’être sauvées et les autres, une lecture intersectionnelle des dynamiques en place est nécessaire. (Collins, 2000 ; Puar, 2017).

Le vulnérabilisme, loin de se limiter au champ médical, devient alors un opérateur biopolitique. Les taux « alarmants » de suicides dans les populations trans et neurodivergentes en fournissent une illustration. Alexandre Baril (2025) propose d’analyser ces dynamiques sous

³¹ Terme proposé par un.e participant.e.

le prisme d'une oppression qu'il nomme le « suicidisme ». A travers ce prisme, il envisage la manière dont les chiffres de la prévalence suicidaire sont mobilisés pour renforcer la surveillance, la stigmatisation et le contrôle en reproduisant une lecture pathologisante des identités concernées. Ainsi, il s'agit moins d'aider les personnes suicidaires en se demandant ce qui conduit à vouloir se suicider et à transformer les causes, que de rejeter la faute sur les individus en redoublant de pressions. Dans ce contexte, les savoirs situés sont quasi-systématiquement relégués au second plan, considérés comme irrecevables, tandis que les données jugées légitimes demeurent généralement celles issues d'études quantitatives centrées sur les symptômes, la déviance et le risque. Cette hiérarchisation des sources légitimes a pour effet de davantage renforcer les prismes biomédicaux dans la définition des besoins et des moyens, tout en marginalisant les perspectives critiques. Butler analyse ce paradoxe des populations vulnérables ayant besoin d'être nommées et reconnues comme telles pour avoir de l'aide au risque de « *voir niés ses efforts d'action, ses formes de solidarité, ses réseaux de soutien et ses moyens de résistance. [...] Dès qu'elles sont qualifiées de vulnérables, elles se trouvent privées de leur pouvoir* » (Butler 2024 citée par Touzard 2025).

3 - Champs critiques, épistémologies situées

En réponse à l'hégémonie et à la domination des cadres biomédicaux, ainsi qu'à leurs effets vulnérabilisant, de nombreux travaux critiques soulignent la nécessité des approches situées (Haraway, 1988 ; Harding, 1981 Collins, 1990). Celles-ci rappellent que tout savoir est produit depuis une position sociale et politique particulière, traversée par des rapports de pouvoir. Dans cette perspective, l'objectivité « neutre » revendiquée par les sciences biomédicales est elle-même située : elle reflète et reconduit les normes dominantes de rationalité, de santé et de validité. Pour les populations trans, folles et neurodivergentes, cette prétention à la neutralité a souvent servi à délégitimer leurs propres récits, expériences et interprétations, au profit de discours médicaux surplombants. Audre Lorde insistait déjà sur le rôle politique des savoirs « *outsiders*³² », forgés dans et depuis les marges et qui constituent des ressources critiques essentielles pour analyser le pouvoir (Lorde, 1984). Ces épistémologies

³² Traduction libre : « ceux qui sont en dehors », notons que le Larousse en propose la définition suivante : « Concurrent dont les chances de remporter une compétition sont réduites, mais non négligeables ». A consulter sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/outsider/56968>

minoritaires « renversent le microscope³³ » : plutôt que d'examiner les vies minoritaires comme déviantes, elles déplacent le regard vers les normes elles-mêmes, révélant le caractère situé et contingent du « normal », du « sain » ou du « rationnel » (Touzard, 2025). Elles politisent et revendiquent les différences corporelles, psychiques et cognitives, contestent certains cadres et hiérarchies de savoirs, plaident pour l'autodétermination et l'agentivité pour les populations minorisées et redonnent aux savoirs situés et expérientiels une place centrale dans la production de connaissances.

Tout d'abord les *Mad Studies* ou études folles, issues des mouvements des survivant.e.s / ex-patient de la psychiatrie institutionnelle, centrent l'expérience des personnes concerné.e.s par la psychiatrie en tant que survivant.e.s pour contester l'hégémonie psychiatrique et produire des savoirs d'usage, politiques et historiques sur la folie. Ces études trouvent notamment leurs racines dans les écrits de Michel Foucault (*Histoire de la folie*, 1961) ou encore ceux de Thomas Szasz (*The Myth of Mental Illness*, 1961), mais principalement dans les mouvements sociaux des années 1970 dénonçant l'institutionnalisation et la médicalisation de la folie. Leur ancrage est à la fois militant et académique, articulant recherche et activisme sous le mot d'ordre « rien sur nous sans nous³⁴ » (LeFrançois, Menzies & Reaume, 2013 ; Diamond, 2014). Elles visibilisent le sanisme comme système d'oppression, dénoncent la violence institutionnelle, historicisent la médicalisation de la folie (Burstow et al., 2014 ; Spandler & Barker 2016). Plus qu'un champ de recherche, les *Mad Studies* se veulent une politique de savoir, qui part de l'expérience des personnes concernées pour interroger les normes psychiatriques et leurs effets disciplinaires.

Par ailleurs, l'évolution des *Queer* et *Trans Studies* dans les années 1990 marque un moment majeur dans le développement des critiques face aux normes hégémoniques cis-hétéronormatives³⁵ (Stone, 1991 ; Butler, 1990 ; Stryker, 2006 ; Halberstam, 2005). Iels analysent les conditions sociales et juridiques de reconnaissance des identités trans, en mettant au jour les normes implicites qui conditionnent l'accès aux droits et aux soins (Espineira, 2008 ; Pilling, 2022). Ces théories critiques participent fortement à la déconstruction de formes et de

³³ Traduction libre de « *flipping the microscope* ». Lucy Costa citée par Spandler dans *Mad and Queer Studies: Shared visions ?* (2017).

³⁴ Que l'on retrouve d'ailleurs dans la plupart des champs d'études critiques présentés ensuite.

³⁵ Selon SOS Homophobie, « L'hétéronormativité peut se définir comme l'ensemble des normes qui font apparaître l'hétérosexualité comme cohérente, naturelle et privilégiée ». La cis-hétéronormativité en cela est un concept définissant la manière dont le cisgenre et l'hétérosexualité sont perçus liés en tant que norme « cohérente, naturelle et privilégiée ». <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/heteronormativite-ou-heterocentrisme>

notions rigides des identités, des normes culturelles et des pratiques. Les critiques qui y sont développées de la cisgenre normativité³⁶ du transmédicalisme³⁷, de l'essentialisme, du binarisme de genre viennent par ailleurs interroger les rapports aux corps et à leurs incarnations, ainsi que les paradigmes de pensée hégémoniques. Ces champs critiques participent d'un même geste que les *Mad Studies* : retourner le microscope vers la norme plutôt que vers la déviance, et analyser comment les dispositifs médicaux produisent la vulnérabilité des minorités.

Les *Crip Studies*, souvent considérées comme issues des *Disability Studies*, s'en détachent de manière critique. Là où les *Disability Studies* visent l'inclusion dans un cadre social existant, les *Crip Studies* proposent une critique radicale des normes de validité, en articulant handicap, genre, sexualité et race dans une perspective *queer* et décoloniale (McRuer, 2006 ; Kafer, 2013 ; Clare, 2017). Ces études participent d'une remise en question profonde des cadres établis par les systèmes biomédicaux dominants perpétuant des normes discriminatoires. Charlotte Puiseux, une pionnière des études *crip* en France, les définit ainsi : « *Les théories crip sont un mélange de disability studies et de théorie queer, qui prennent aussi un ancrage dans le concept d'intersectionnalité.* » (Puiseux, 2017). Ces théories questionnent la normativité capacitaire, c'est-à-dire la valorisation exclusive de certains modes de fonctionnement corporel et cognitif, et plaident pour une société qui reconnaisse la diversité fonctionnelle comme une dimension intrinsèque de l'expérience humaine. Emma Bigé de son côté le définit ainsi : « *Crip* est un mot qui parle de ce que le féminisme Noir a désigné comme intersectionnalité (Kimberlé Crenshaw) ou imbrication (Combahee River Collective) des systèmes d'oppression. Il nous rappelle que l'oppression des personnes handies s'appuie sur et s'articule au sexisme, au racisme, à l'hétérosexualité obligatoire, au cissexisme et au capitalisme extractiviste, qui participent tous d'une conception (re)productiviste normative de l'humain³⁸. » (2024). En ce sens, elles rejoignent les *Mad* et *Trans Studies* dans la dénonciation des normes implicites de productivité, d'autonomie et de rationalité.

Enfin, les études des théories de la neurodiversité (Singer, 1999 ; Walker, 2012, 2021 ; Yergeau, 2018) proposent de considérer la diversité neurologique comme une variation humaine légitime, et non comme un déficit à corriger. En rupture avec le modèle biomédical et le modèle

³⁶ « Le cisgenre normativité est donc un système d'oppression envers les personnes trans. Pour référer à l'aspect normatif de cette oppression des personnes trans, j'ai créé le néologisme « cisgenre normativité » », (Baril, 2009, p284).

³⁷ Terme ayant émergé dans des discussions en ligne de la communauté trans dans les années 2010, notamment sur Tumblr, désignant une idéologie qui soutient que l'expérience trans est définie principalement par la dysphorie de genre et que la transition médicale (hormonale ou chirurgicale) est une condition nécessaire pour qu'une personne soit véritablement considérée comme trans.

³⁸ <https://www.multitudes.net/intersections-crip/>

pathologique, iels affirment que les neurodivergences (comme l'autisme ou le TDAH par exemple) ne sont pas des pathologies à « normaliser », mais des manières de penser et de vivre qui doivent être reconnues et valorisées. Dans le prolongement des études de la neurodiversité, la notion de *bodymind*³⁹ (Price, 2011 ; 2015) propose de rompre avec le dualisme cartésien qui sépare « corps » et « esprit ». Plutôt que de concevoir la souffrance psychique comme purement mentale et le handicap comme purement corporel, *bodymind* souligne leur co-constitution : affects, cognition, douleur, environnement matériel, normes sociales et dispositifs institutionnels forment un même tissu d'expérience. L'essor contemporain des sciences du cerveau a, de son côté, reconfiguré ce partage en gouvernant l'« esprit » par la biopolitique du cerveau, sans pour autant dissoudre la hiérarchie héritée entre normal et pathologique (Rose & Abi-Rached, 2013). En proposant de penser ensemble différences ou vulnérabilités corporelles, souffrances ou divergences psychiques et différences neurocognitives, le concept de corps-esprit offre un cadre d'analyse relationnel qui évite de morceler les expériences ; il permet de saisir comment les oppressions sanistes, capacitaires et cisnormatives s'entrecroisent dans les vies concrètes, tout en reconnaissant l'autorité épistémique des personnes concernées (Price, 2015 ; Schalk, 2018)

En somme, la critique des cadres biomédicaux / pathologiques a permis de mettre en évidence leur pouvoir normatif et vulnérabilisant, mais aussi la richesse des alternatives développées depuis les marges. Si les *Mad Studies*, *Queer* et *Trans Studies*, *Crip Studies*, et les approches de la neurodiversité ont chacune une histoire et des spécificités ou des divergences, elles partagent néanmoins des points communs : des histoires de discrimination et de violences, des dynamiques cherchant à dénaturer les catégories de « santé », de « validité », « rationalité », de « normalité » et à revaloriser les savoirs situés des personnes concernées. Ensemble, ces champs dessinent une politique de savoir qui déplace le regard des vies dites « déviantes » vers les normes elles-mêmes, et ouvre des horizons de coalition autour de la reconnaissance et de l'autodétermination. C'est sur ce socle critique que se construit l'analyse des croisements *trans-mad-neuro*.

³⁹ Traduction libre : corps-esprit.

4 – Articulation *trans-mad-neuro*

Ces champs critiques convergent dans un même geste : déplacer le regard des vies minoritaires vers les normes elles-mêmes, en politisant les différences corporelles, psychiques et cognitives et en revalorisant les savoirs expérientiels. Ces champs convergent dans la contestation des modèles qui évaluent la valeur et la légitimité des vies selon leur conformité à des standards hégémoniques excluants et discriminants des minorités et des expériences « déviantes » ou « dissidentes ». Ils partagent des histoires et des revendications communes ou croisées mais entretiennent aussi des tensions, notamment sur l’usage des diagnostics (à rejeter ou à réapproprier), sur les stratégies vis-à-vis de la psychiatrie (abolition vs réformes), (Smilges, 2022 ; Johnson, 2021 ; McRuer, 2006 ; Puar, 2017 ; Pilling, 2022). Enfin, ces théories doivent composer avec leurs propres angles morts sur les enjeux de race et de classe. Dans ce paysage critique, des propositions théoriques récentes, même si encore peu nombreuses (Pilling, 2022), cherchent explicitement à penser les croisements *trans-mad-neuro*. Elles ne se limitent pas à juxtaposer les oppressions, mais montrent comment cisgenrisme, sanisme et validisme se co-produisent. Elles montrent les articulations entre ces régimes de normativité et d’oppression dans les dispositifs de savoir, de soin et de surveillance. Ces approches constituent autant de cadres pour analyser conjointement les régimes de normativité et envisager des coalitions situées. Plusieurs propositions théoriques se démarquent en ce sens.

Développée par Nick Walker, Athena Lynn Michaels-Dillon et Remi Yergeau, la *Neuroqueer Theory* croise *queerness*⁴⁰ et neurodiversité ; le terme « *neuroqueer* » désigne à la fois des identités et des pratiques de remise en question de la neuronormativité et de la cishétéronormativité. (Walker, 2012, 2021). Si elle trouve sa genèse dans les réflexions et les luttes d’individus autistes et *queer*, elle déborde les seules considérations identitaires dans une dynamique de changement de paradigmes⁴¹ et de pratiques. Walker (2012, 2021) développe le paradigme *neuroqueer* comme un outil permettant de déconstruire les catégories de neurotypicité hégémoniques. A la suite des *neurodiversity studies*, elle affirme la diversité neurologique comme une expression légitime de la diversité humaine, mais aussi comme une expression de soi entrant en résistance face aux normes pathologisantes. Dans ce cadre, elle explique que les identités neurodivergentes et *queer* partagent des terrains (et terreaux) de

⁴⁰ La *queerness* peut se rapporter aux enjeux autour du fait de vivre et d’être considéré.e comme divergent.e des normes hétérosexuelles et cisnormatives.

⁴¹ Qu’elle définit ainsi : « *A paradigm is a lens through which one views reality* », traduction libre : « Un paradigme est un prisme au travers duquel l’on perçoit la réalité » (Walker, 2021, p17).

résistances communes aux normes hégémoniques psycho-neuro-comportementales qui excluent les existences divergentes. Ainsi, elle remet en question non seulement la validité des catégories diagnostiques mais aussi l'idée même de neurotypicité comme référence universelle non critiquable. Cette approche permet de souligner le caractère construit de cette norme sociale qui tend par ailleurs à renforcer le pouvoir des systèmes médicaux et à discipliner les corps-esprits jugés non conformes. En cela, l'approche *neuroqueer* se développe comme un changement d'appréhension et de compréhension active, en proposant d'interpréter les formes de neurodivergence comme des expériences légitimes et / ou adaptatives. Sous ce prisme, la diversité neurologique et comportementale se conçoit comme une expression intrinsèque de l'expérience de la diversité humaine en s'opposant aux catégories rigides et excluantes du modèle biomédical. Ce changement de paradigme opère ainsi une transformation profonde de la manière dont nous envisageons et conceptualisons la diversité. Ce retournement des paradigmes dominants implique de repenser les cadres épistémologiques qui sous-tendent les savoirs médicaux et leurs pratiques. En cela, cette perspective représente une rupture fondamentale avec les approches traditionnelles.

La seconde étant l'articulation *trans[/]crip* (Smilges & Greenberg, 2025) ou *trans*crip* en contexte français (Bigé & Blanchard, 2024) qui permet d'analyser comment le cisgenrisme et le validisme se co-produisent à travers des analyses intersectionnelles. « Pourquoi relier *trans** et *crip* ? Il existe plusieurs éléments de réponse, à commencer par le fait qu'on parle souvent des mêmes personnes : les personnes trans ont 2 à 4 fois plus de probabilité d'être handies, le plus souvent neurodivergentes (James et al 2016 ; Baril et al 2020). » (Bigé & Blanchard, 2024). En cela les études *trans*crip* permettent notamment de croiser les analyses de la transnormativité avec celles du validisme / capacitisme (Fink, 2020). Fink mobilise notamment l'idée de « *trans crip killjoys* » pour penser comment les corps trans et psychiatrisés résistent aux normes de respectabilité et aux récits réhabilitatifs. Smilges & Greenberg montrent que, pour rendre la transitude « acceptable », on rejette la « folie » hors de la transnormativité : les personnes folles sont ainsi tenues à distance et leur légitimité est sans cesse différée dans les espaces trans académiques et militants. Autrement dit, on exige de la « stabilité », une rationalité jugée correcte et une conformité cognitive comme conditions implicites d'audibilité. » (Espineira, 2011 ; Fitzpatrick & Voronka, 2016). Alexandre Baril (2015, 2019) propose le concept de cisvalidisme qui articule cisnormativité et validisme. Par analogie, le neurovalidisme désigne la naturalisation des normes neurotypiques (linéarité de pensée, régulation émotionnelle, communication verbale standard) comme conditions implicites

d'accès aux droits et à la crédibilité sociale. Autrement dit, être « recevable » comme trans suppose souvent de se montrer *able-minded* et *able-bodied*, autrement dit, de prouver d'un corps et d'un esprit valides selon des standards implicites. Cette contrainte à prouver sa « capacité » devient donc un ressort de tri. Bigé et Blanchard en parlent ainsi : « *Trans* et crip, dans leur convergence, compliquent ainsi le projet de recrutement par les lgbt-nationalismes et les handinationalismes (Clare 2009, 2017 ; Puar 2017) : elles refusent de payer le prix de l'intégration, qui consisterait à devenir lisibles et contrôlables, administrativement comme médicalement.*⁴² »

La troisième est l'approche *neurotrans* : elle désigne le nexus trans–neurodivergence comme une source épistémique, une identité politique et un outil d'analyse. Autrement dit un point de vue situé depuis lequel des personnes trans et neuro-handi pensent et organisent le monde. L'expression est formulée par J. Logan Smilges (TSQ, 2022), qui centre l'entrelacement historique des techniques psychiatriques, de la pathologisation du genre et des régimes sécuritaires (DSM, antipsychotiques, VIH / sida), pour montrer comment cisgenrisme et validisme s'imbriquent dans la production des « corps-esprits gouvernables » et des populations à surveiller. « *Smilges elaborates neurotrans as a « parallel optic » to neuroqueer, that which designates the specific material realities and subjections that emerge from cissexism and ableism. Importantly, they identify an increasing necessity for trans studies to pay closer attention to this juncture*⁴³ (2022: 635-6). » (Ashley, 2025, p9)

Sur le plan historique et politique, Smilges relit la conjonction de ces éléments comme un même mouvement biopolitique et carcéral, particulièrement racialisé, qui justifie la surveillance, l'internement et la pauvreté imposée des personnes trans et folles / neurodivergentes, tout en invisibilisant leur rôle central dans les luttes (en développant l'histoire de Marsha P. Johnson). Sur le plan des coalitions, cette approche est prolongée par A. Ashley (2025) qui insiste sur l'affect et la co-création. L'autrice documente des pratiques de narration situées (*gendervague, neuroqueer*), des ateliers et écritures collectives qui « taillent leurs propres clés⁴⁴ » pour contrer la capture institutionnelle, et analyse des cas contemporains où l'autisme est mobilisé pour re-pathologiser et bloquer des soins de genre (ex. contentieux au

⁴² <https://www.multitudes.net/transcrip/>

⁴³ Traduction libre : « Smilges conceptualise le concept de *neurotrans* comme une « optique parallèle » au concept *neuroqueer*, désignant les réalités matérielles spécifiques et les dominations qui émergent du cissexisme et du validisme ; soulignant notamment la nécessité croissante pour les études trans de prêter une attention plus soutenue à ce point de convergence. ».

⁴⁴ Traduction libre de « *cutting our own keys* ».

Royaume-Uni), afin de montrer comment les dynamiques anti-trans s'articulent à l'anti-validisme / capacitisme dans le droit et les politiques. L'approche *neurotrans* propose donc de passer d'une lecture en « cooccurrences » à une lecture co-constitutive des régimes cis- et capacitistes, en historisant leurs croisements (DSM / antipsychotiques / VIH) et en recentrant l'autorité et les vécus des personnes concernées par ces croisements. Elle fournit un langage commun et des méthodes de coalition pour analyser et transformer les seuils de lisibilité, les temporalités « *ablenormatives*⁴⁵ » et les reprises libérales de l'« inclusion ».

La dernière étant l'approche développée par M.D Pilling dans *Queer and Trans Madness : Struggles for Social Justice (2022)*, qu'il présente ainsi : « *Se réappropriier les limites de la folie à travers un prisme Mad-Queer-Trans*⁴⁶ ». Cette approche désigne un angle d'analyse et une politique de coalition qui lisent ensemble la psychiatrisation, les dissidences sexuelle / genre et les rapports de race/classe/colonialité. Pilling part d'un constat que, malgré des liens historiques évidents entre mouvements queer / trans et luttes de survivant.e.s de la psychiatrie, les travaux critiques à leurs intersections restent peu nombreux et dispersés ; il s'agit donc de relocaliser ces intersections et d'en faire un prisme de critique et d'action. Pilling développe deux fils généalogiques mis en regard : le premier étant un fil politique axé sur un seul enjeu : celui des déclassifications (gay- puis trans-) qui s'est souvent appuyé sur des cadrages sanistes et psychocentrés ; le second étant un fil coalitionnel et intersectionnel, longtemps marginalisé, qui fournit la matrice d'un véritable prisme *Mad-Queer-Trans*, opérant ce même renversement de point de vue.

En France, l'essor des travaux sur la neurodiversité (et sur ses croisements avec des enjeux féministes, queer, trans) contraste avec la faible visibilité des *Mad Studies*, (Coville & Lallet, 2023 ; Fritz, 2025 ; Labrecque-Lebeau & al, 2023). Cette asymétrie contribue à renforcer une hiérarchie implicite des savoirs, où les croisements trans–neurodivergence apparaissent plus légitimes et lisibles. Néanmoins, des initiatives récentes témoignent d'une volonté d'articuler folie, neurodiversité et transitude. Une journée d'études⁴⁷ consacrée aux approches contemporaines en études folles et neurodissidentes a ainsi mis à l'honneur les travaux de recherch.eur.euse.s et étudiant.e.s situé.e.s à l'intersection de la dissidence de genre / sexuelle et de la folie / neurodiversité (Ombre Tarragnat, Abs S.Ashley, Cy Morgado, Merlin S.Cloud, Philip Bowditch). Le terme de « neurodissidence » y a été proposé en branchement avec les

⁴⁵ Traduction libre : « validistes / capacitistes »

⁴⁶ Traduction libre de « *Reclaiming the Lunatic Fringe toward a Mad-Queer-Trans Lens* »

⁴⁷ En janvier 2025 à l'université Paris 8 - Campus Condorcet.

théories de la dissidence sexuelle et de genre, afin de souligner la dimension politique et subversive des expériences neurodivergentes et folles. Les interventions, mobilisant des cadres variés allant de l'anti-psychiatrie au neuroféminisme en passant par la théorie *neuroqueer*, ont exploré les entrelacements entre *queerness*, transitude, folie et neurodiversité à partir de contextes militants, historiques et artistiques. Si ces initiatives demeurent ponctuelles et en marge, elles signalent un renouvellement critique qui commence à rendre visible les croisements *trans–mad–neuro*

5- Conclusion

Cet état de l'art a permis de mettre en avant la manière dont la médecine, et plus précisément la psychiatrie, ont historiquement produit des classifications normalisantes et discriminantes, qui pathologisent et vulnérabilisent des populations minorisées encore aujourd'hui ; notamment les personnes folles / neurodivergentes et trans. Bien loin d'une « neutralité » scientifique, ces dispositifs s'inscrivent dans des héritages coloniaux, patriarcaux, capitalistes, genrés et racialisés. Ils continuent de structurer l'accès aux droits, aux soins et à la reconnaissance sociale. Les productions contemporaines sur les enjeux de transitude, de neurodiversité ou de folie montrent leurs limites lorsqu'elles demeurent arrimées à des paradigmes biomédicaux et pathologiques, même « bienveillants » mais qui nourrissent des lectures victimaires et déficitaires.

Ces limites s'expriment notamment dans les œillères que ces approches reproduisent : individualisation de la souffrance, manque de lecture systémique des enjeux, déresponsabilisation collective, etc. En critique, les *Mad*, *Queer*, *Trans*, *Crip* et *Neurodiversity Studies* proposent des épistémologies situées qui déplacent le regard des vies « déviantes » vers les normes et les paradigmes eux-mêmes : en politisant les différences corporelles, psychiques et cognitives, et en valorisant les savoirs des personnes concernées. Ces champs constituent un socle critique essentiel, mais ils restent souvent cloisonnés. Les approches *trans-mad-neuro* demeurent assez rares, surtout dans le contexte français. C'est dans cet interstice que se situe mon travail : en explorant conjointement la transitude, la folie et la neurodivergence, je souhaite démontrer comment cisgenrisme, sanisme et neuronormativité se co-produisent. L'enjeu étant aussi parallèlement de restituer des savoirs situés minorisés qui émergent de ces expériences croisées. L'articulation *trans–mad–neuro*, nourrie des approches précédemment présentées,

apparaît alors non seulement comme un objet de recherche, mais aussi comme une perspective politique et épistémologique pour penser les violences normatives et permettre d'envisager des coalitions situées.

Problématisation

Ainsi, malgré la multiplication des discours, politiques et travaux de reconnaissance des vécus, ainsi que les avancées en matière de dépathologisation, les personnes trans, folles et neurodivergentes demeurent exposées à des processus persistants de pathologisation et de délégitimation de leurs vécus et savoirs. Ces transformations « progressistes » se déploient souvent de manière sectorisée : les identités trans, les expériences de neurodivergence ou les vécus de folie peuvent être partiellement reconnus lorsqu'ils sont considérés séparément, mais cette reconnaissance s'effrite aux intersections. Les personnes trans, folles et neurodivergentes cumulent alors les effets des oppressions imbriquées (cisgenrisme, sanisme, validisme, racisme, etc.) et peuvent même être re-pathologisées précisément parce qu'elles échappent aux figures de respectabilité construites par chaque champ.

Les institutions médicales, psychiatriques et sociales continuent de produire et reproduire des normes de santé, de rationalité et de genre, inscrites dans ces systèmes d'oppression imbriqués, qui conditionnent l'accès à la reconnaissance, aux droits et à la possibilité d'une autonomie et d'une autodétermination des populations concernées. Ces logiques normatives s'opèrent dans des dispositifs épistémiques et matériels de contrôle, de tri et de normalisation, qui façonnent les parcours de soin, les interactions institutionnelles et les représentations sociales. Il serait réducteur de penser qu'ils se limitent à des discours sans incarnation. Ainsi, ces régimes de normativité participent à la disqualification des vécus, expériences et savoirs produits par les personnes concernées, à travers des mécanismes d'invisibilisation et d'inintelligibilité notamment. Pourtant, aux croisements de plusieurs oppressions, les personnes trans, folles et neurodivergentes développent des formes de subjectivation critiques, de résistance, d'adaptation et de production de savoirs situés. Ces ressources politiques, affectives et épistémiques interrogent les régimes dominants de légitimité et ouvrent des perspectives pour repenser les rapports de pouvoir qui traversent les enjeux de genre et de diversité / santé psychique.

Dans ce mémoire, je pars ainsi du constat que les savoirs situés, issus de trajectoires *trans-mad-neuro*, sont largement marginalisés dans les champs scientifique, médical et

politique, alors même qu'ils constituent des ressources précieuses pour comprendre et transformer les rapports de pouvoir qui traversent les enjeux de genre, de santé et de diversité. En s'ancrant dans une démarche participative, je cherche à comprendre comment ces subjectivités minorisées vivent et transforment les régimes normatifs et oppressifs qui les affectent, tout en cherchant à revaloriser ces savoirs et pratiques. En cela, il s'agit de se demander *comment les personnes trans, folles et neurodivergentes vivent et négocient-elles les régimes de normativité cisgenre, saniste et neuronormatif qui tendent à pathologiser et délégitimer leurs expériences, et comment élaborent-elles des formes de résistance et des savoirs situés capables de les contester ?*

Sous-questions de recherche :

- 1) Quelles logiques normatives structurent l'illisibilité et la pathologisation croisée des vécus trans, fous et neurodivergents ?
- 2) Comment ces logiques s'incarnent-elles dans les parcours de soin et les interactions institutionnelles, et comment façonnent-elles la lisibilité sociale des personnes concernées ?
- 3) Quelles formes de subjectivation, de résistance et de savoirs situés émergent dans ces contextes ?
- 4) Comment ces savoirs situés contestent-ils les cadres dominants de légitimité épistémique et sociale ?

Annonce de plan

Pour répondre à cette problématique, les concepts amenés dans l'introduction et les cadres théoriques et épistémopolitiques mobilisés sont précisés dans leur mise en œuvre pour l'analyse au premier chapitre. Le chapitre II est consacré à la méthodologie de recherche adoptée et à ses précisions : inscrite dans une démarche participative, elle articule réflexivité, expérimentation, co-construction et mise en œuvre des outils et moyens pour rendre compte de la pluralité des expériences tout en interrogeant ma place cherch.eur.euse dans cette démarche. Enfin, dans le troisième chapitre sont développés les résultats et analyses des matériaux. Il met d'abord en évidence les effets psychiques et sociaux des normes sur les subjectivités (3.1) (à

travers la fragmentation, les temporalités discontinues ou les stratégies paradoxales de recherche de visibilité et de contrainte à l'effacement). Il examine ensuite la manière dont les dispositifs de soin et les institutions produisent violences et une pathologisation croisée *trans-mad-neuro* (3.2), (par la contrainte psychiatrique, la réduction des vécus et des expériences, l'imposition ou les enjeux complexes des diagnostics, ainsi que la silenciation des récits et de savoirs). Ensuite sont analysées les tactiques de protection et de résistance aux régimes de normativités cisgenriste, saniste et neuronormatif (3.3), (qu'elles soient individuelles ou collectives comme le retrait, le refus, l'autonomisation, à travers des espaces relationnels et communautaires, malgré leurs contraintes). Finalement, dans la dernière partie est développé comment ces expériences donnent lieu à la production et au partage de savoirs situés critiques des régimes de normativité dominants (3.4), (par des contre-récits, des réappropriations politiques, et les effets et apprentissages liés au processus participatif).

CHAPITRE I. Cadres théoriques et enjeux épistémopolitiques

1.1 Présentation

Les notions centrales mobilisées dans ce mémoire : cisgenrisme, sanisme, neuronormativité, intersectionnalité, *respectability politics*, injustices épistémiques, ont déjà été définies et contextualisées dans l'introduction et l'état de l'art. Il s'agit à présent de préciser comment ces concepts seront mis en oeuvre dans l'analyse, pourquoi ils ont été retenus plutôt que d'autres, ainsi que de préciser quelle position située je les mobilise et pourquoi. Par ailleurs, l'épistémopolitique, ici développée, désigne l'ensemble des rapports de pouvoir qui structurent la production, la légitimation, la circulation et l'institutionnalisation des savoirs. Elle interroge qui peut produire du savoir, dans quelles conditions, et quels savoirs sont reconnus comme valides et admissibles alors que d'autres sont marginalisés et disqualifiés. Elle est héritée notamment des luttes décoloniales et féministes et lie l'épistémologie à ses enjeux politiques situés.

Ainsi, l'objectif de ce chapitre est de construire un cadre d'analyse opérationnel : un ensemble de références et de cadres théoriques, critiques et politiques permettant de lire les

récits recueillis en dépassant les approches dominantes, notamment biomédicales, pathologisantes ou vulnérabilisantes, qui tendent à isoler les dimensions de la transitude, de la folie et de la neurodivergence au lieu d'en penser les articulations. Ce travail s'inscrit dans une démarche d'épistémologie située (Haraway, 1988 ; Collins, 1990 ; Harding, 1991) théorisée dans la nécessité de rendre visibles les positions depuis lesquelles nous produisons du savoir. En cela, ce chapitre est aussi l'endroit d'explicitier mon positionnement situé, ainsi que de développer une éthique de cette épistémologie.

1.2 Articulation des concepts-clés : un système normatif imbriqué

Les concepts croisés de cisnormativité, de neuronormativité, de sanisme constituent la charpente théorique de cette recherche. Plutôt que de les considérer comme des régimes normatifs indépendants, ils sont appréhendés ici comme interdépendants, co-produits dans les mêmes dispositifs institutionnels, médicaux, sociaux et culturels. De plus, l'articulation de ces régimes normatifs sera éclairée par des concepts transversaux comme l'intersectionnalité (Crenshaw, 1989), mobilisée ici dans sa portée structurelle et politique, pour analyser la co-production des oppressions : les politiques de respectabilité (Higginbotham, 1993 ; Pilling, 2024 ; Jefferson, 2023), qui montrent comment l'accès à la reconnaissance est conditionné à l'alignement sur des normes dominantes. ; et l'injustice, la violence et l'oppression épistémique (Fricker, 2007 ; Dotson, 2011), qui permettent d'analyser comment ces normes définissent qui peut être entendu, cru, et reconnu comme sujet légitime. Dans les parcours trans, fous, neurodivergents, ces régimes se renforcent mutuellement. En analyse, cela implique que les effets de ces normes ne seront pas isolés, mais cherchés dans leurs combinaisons. Par exemple, une demande de soins d'affirmation de genre pourra être refusée non seulement pour non-conformité aux attentes cisnormatives d'une transitude « lisible », mais aussi en raison d'un diagnostic psychiatrique ou d'une communication jugée « inaudible » au regard de la norme cognitive dominante. Cette lecture imbriquée permet d'éviter deux écueils fréquents : à savoir la sectorisation des oppressions qui masque les effets cumulatifs et spécifiques aux intersections ; et la lecture individualisante de ces dernières, qui réduit les obstacles rencontrés à des manques personnels plutôt qu'à des rapports de pouvoir structurels. De manière opérationnelle, ces concepts guident plusieurs niveaux d'analyse : le repérage dans les données (identifier dans les

verbatim les expériences conditionnées par des critères cisnormatifs, sanistes ou neuronormatifs.) ; l'analyse des justifications (comprendre comment ces critères sont formulés) ; et la mise en relation : examiner comment ces critères s'additionnent ou se substituent pour maintenir le contrôle sur les parcours des personnes concernées. En procédant ainsi, le cadre théorique devient une matrice d'analyse capable de restituer la complexité des intersections, en reconnaissant les limites et le caractère partiel de cette démarche, sans réduire les récits à un seul axe d'oppression ni les dissoudre dans une approche purement descriptive.

Ainsi, l'usage des concepts dans ce travail ne se limite pas à une référence théorique : ils fonctionnent comme filtres d'observation et des outils de codage et pour interpréter les récits recueillis. L'enjeu est de transformer des notions critiques (cisnormativité, sanisme, neuronormativité, intersectionnalité, politiques de respectabilité, injustice épistémique) en indicateurs analytiques. Ils sont ajustés au fil de la lecture des données pour mieux coller aux formulations, aux nuances et aux expériences des participant.e.s..

1.3 Ancrages théoriques critiques, positionnement croisé, éthique de l'épistémologie située

Cette recherche s'inscrit dans un espace théorique situé en héritage et au croisement des *Trans Studies*, des *Mad Studies*, des *Crip Studies* et des approches issues du mouvement de la neurodiversité, avec une attention particulière aux travaux qui pensent ensemble ces dimensions plutôt que de les traiter séparément. Ce n'est pas une juxtaposition de cadres, mais un positionnement et un prisme délibérément *trans-mad-neuro* (Pilling, 2022). Ces champs critiques partagent un refus des approches dominantes qui réduisent les expériences minoritaires à des déficits individuels, à des pathologies ou à des risques à gérer et corriger. La partie quatre de l'état de l'art montre que, malgré des histoires de pathologisation et de médicalisation largement partagées, les recherches abordant conjointement transitude, folie et neurodivergence restent rares.

Adopter ces prismes implique un renversement des cadres interprétatifs dominants. Il s'inscrit notamment dans le paradigme de la neurodiversité en refusant une lecture déficitaire des divergences pour les envisager comme des formes légitimes d'existence et de perception du monde (Singer, 1999 ; Walker, 2021). Ainsi, ce paradigme déplace la question des normes construites comme uniques vers une approche de la diversité en reconnaissant que la souffrance

ne réside pas nécessairement dans la différence elle-même, mais dans la manière dont elle est perçue, gérée ou réprimée. D'autre part, ce prisme engage une lecture du corps-esprit comme une entité indissociable, en refusant les dualismes classiques entre le biologique, le psychique et le social. Ainsi, les vécus trans, fous et neurodivergents y sont abordés non comme des états pathologiques à isoler ou corriger, mais comme des expériences incarnées, produites dans des rapports de pouvoir, et traversées de conflictualités subjectives, affectives et politiques. Il engage nécessairement un rapport critique des paradigmes biomédicaux et pathologiques, en refusant de penser la transitivité, la folie ou la neurodivergence comme des anomalies individuelles ou des pathologies à gérer. Le prisme *trans-mad-neuro* nécessite de valoriser les savoirs situés des personnes à ces croisements, souvent en rupture avec les formes de connaissance hégémoniques. Il implique une reconnaissance pleine des savoirs situés comme outils de compréhension, de résistance et de transformation, et une réflexion sur son propre positionnement.

En tant que personne concernée trans, folle, neurodivergente, mes choix théoriques ne sont pas neutres : ils traduisent un engagement politique visant à dénaturiser les régimes normatifs qui conditionnent la reconnaissance des vécus trans, fous et neurodivergents. Cette posture ne relève pas d'un simple témoignage personnel ; elle est constitutive de l'orientation critique de la recherche et informe mes choix méthodologiques, notamment le recours à une approche participative et la centralité accordée aux savoirs expérientiels. Je ne suis pas extérieur.e au terrain que j'étudie. Mon ancrage théorique se nourrit de l'expérience vécue dans mon corps-esprit des logiques de normalisation qui traversent les champs étudiés. Comme Pilling le mentionne : « *De nombreux.euses chercheur.euse.s ont souligné que les personnes handicapées, et plus particulièrement celles souffrant de troubles psychiatriques, ont été soumises à des pratiques de recherche contraires à l'éthique et traitées de manière capacitiste par les chercheurs.*⁴⁸ », (Pilling, 2022, p208). Cette conscience, partagée par les participant.e.s, m'oblige à être très attentif aux ressources critiques produites par les communautés concernées dans lesquelles j'évolue, qu'elles soient « formalisées » ou discutées. Ce choix pour moi implique de reconnaître la légitimité épistémique des savoirs issus de ces croisements, même lorsqu'ils ne sont pas institutionnellement validés. Il s'agit de rendre compte des zones d'illisibilité spécifiques qui apparaissent lorsque les récits ne cadrent ni avec les attentes cisnormatives, ni avec les standards neuronormatifs, ni avec les exigences de stabilité

⁴⁸ Traduction libre de : « *Many scholars have pointed out that disabled people and specifically those with psychiatric disabilities have been subjected to unethical research practices and treated in ableist ways by researchers* » (Pilling, 2022, p208).

psychique. Et finalement de refuser les cloisonnements analytiques qui masquent la complexité des vécus à ces intersections. Mon inscription dans ce champ n'est pas qu'un choix théorique ou pratique : elle est indissociable de mon expérience vécue aux croisements de la transitude, de la folie et de la neurodivergence. Cette position de concerné.e façonne à la fois mon regard sur le terrain, les questions que je pose, la manière dont je reçois les réponses et les cadres que je mobilise pour y répondre.

En cela, plutôt que de chercher à neutraliser ma subjectivité, il s'agit de l'appréhender comme un outil de compréhension et comme un élément constitutif de mon rapport au savoir. Mon implication personnelle me donne un accès privilégié à certaines nuances : les violences implicites, les ajustements identitaires invisibles dans les récits « lissés », les contradictions qui ne se formulent pas toujours dans un langage institutionnellement recevable. En retour, elle m'oblige à une vigilance constante sur les projections possibles de mon propre vécu sur les données, les effets de proximité et de confiance dans les entretiens, et le risque de survaloriser les expériences qui résonnent avec les miennes⁴⁹.

Dans ce cadre, je tiens à expliciter que je considère mes choix théoriques comme des gestes politiques. Privilégier les *Mad, Crip, Trans* et *Neuroqueer Studies*, c'est refuser la centralité exclusive des savoirs biomédicaux et pathologisants. De plus, je conçois la recherche comme une co-construction avec les participant.e.s, et non comme une recherche de données : cela implique de reconnaître leur rôle actif dans leurs choix de participation et de transmission, dans l'orientation de l'analyse et dans l'identification des enjeux pertinents et dans le respect de leurs limites. Cela implique par ailleurs une opposition aux dynamiques extractivistes qui implique de penser des circulations, des restitutions et des formes de rétribution. En cela, je vise notamment à produire un savoir utile aux communautés concernées, et pas seulement à la validation académique. J'inscris ainsi ma démarche dans une éthique préfigurative⁵⁰, qui ne peut effacer les asymétries, mais qui vise à les réduire, en affirmant que la recherche doit être au service des communautés et non l'inverse. Ma position me place ainsi à la croisée de deux régimes de légitimité : le premier académique, qui attend une rigueur méthodologique, une explicitation des concepts et une conformité aux formats universitaires, le second communautaire, qui exige une fidélité aux vécus, une responsabilité politique et une vigilance éthique face aux risques de réappropriation ou de déformation des savoirs situés. Naviguer entre

⁴⁹ Voir davantage CHAPITRE II, partie 2.2.

⁵⁰ A savoir tendre dans la mise en pratique, même de manière imparfaite, des valeurs de justice épistémique, de valorisation des savoirs situés, de recherche d'horizontalité. Cela implique de chercher à développer des méthodes en accord avec les réflexions développées dans la recherche.

ces deux régimes est une pratique constante d'ajustement que je ne suis jamais vraiment sûr.e de bien naviguer : il s'agit d'adapter le langage sans vider la portée critique, contextualiser sans neutraliser, traduire sans trahir, ce qui est impossible et oblige donc à un processus réflexif permanent. Ces enjeux ne me quittent pas quand je cesse de travailler sur cette recherche. Je pense que ce doute et cette inquiétude constantes permettent une attention et un soin aux personnes et au processus de recherche qui ne seraient pas les mêmes si cette conscience des risques de violence, d'extractivisme, d'irrespect, de lutte n'étaient pas constitutive de nos histoires communes, bien qu'à différents niveaux, et imprimée dans nos corps-esprits.

CHAPITRE II. Méthodologie : recherche participative et savoirs incarnés

2.1. Démarche générale et posture épistémique

Recherche participative radicale

Inspirée par les travaux de Godrie, Juan et Carrel (2022), ma méthodologie s'inscrit dans une perspective de recherche participative radicale, cherchant à partager le pouvoir dans la production des savoirs et à reconnaître les injustices épistémiques qui marginalisent les savoirs situés des personnes trans, folx et neurodivergentes. En valorisant les expériences des participant.e.s, cette démarche vise à produire des connaissances utiles pour leurs luttes sociales et politiques. Je me suis fortement questionné sur la possibilité de produire une recherche participative radicale au sens où elle pourrait établir une co-construction réelle et non-hiérarchique des savoirs. Les recherches participatives radicales se fondent sur une volonté de partage égalitaire du pouvoir entre chercheurs.euses.x académiques et co-chercheurs.euses.x non universitaires, en mettant en avant une « démocratie des connaissances ». Pour intégrer cette dynamique dans ma recherche, j'ai souhaité essayer d'impliquer des personnes concernées dans un maximum des étapes du processus, depuis la formulation et les choix des questions de recherche et problématiques, à l'analyse des données, jusqu'à la diffusion des résultats. Néanmoins, les contraintes temporelles et matérielles, personnelles et collectives ont limité la co-construction. Mon fonctionnement participatif s'est fondé sur des propositions répétées de

participation sans contraintes. Inspirée des épistémologies critiques *Queer, Trans, Mad, Crip*, cette démarche repose donc sur :

- La réflexivité, à savoir la reconnaissance de ma position située en tant que chercheur.euse et personne concernée ;

- L'horizontalité⁵¹ ; à savoir la volonté de réduire les asymétries entre chercheur.euse et participant.e.s ;

- La co-construction, à savoir l'implication possible des personnes concernées à plusieurs étapes (formulation des axes, commentaires, retours analyse, restitution). ;

- La critique des hiérarchies de savoir : à savoir remise en cause des monopoles académiques et médicaux sur la production de connaissances.

- L'engagement et le consentement : toute participation était conditionnée aux envies et aux possibilités des participant.e.s. La demande de consentement éclairé est fondamentale : elle est réitérée à différentes étapes et inclut la possibilité de revenir sur sa décision à tout moment. Elle concerne aussi bien les modalités de participation (entretien, relecture, contribution écrite ou créative) que l'utilisation des matériaux produits, leur diffusion et leur archivage. Elle nécessite une transparence sur les différentes étapes.

- La rétribution : constitue un enjeu central de justice épistémique dans cette démarche. Elle vise à reconnaître le travail fourni par les participant.e.s, les auteur.ice.s, personnes concerné.e.s, communautés et activistes qui nous ont précédés, afin d'éviter leur exploitation et leur invisibilisation. Des échanges ont ainsi été menés avec les participant.e.s sur ce sujet⁵².

- L'anonymisation : Compte tenu des risques d'outing, de psychiatrisation et de traçabilité, l'anonymisation a été renforcée (pseudonymes systématiques, retrait d'indices indirects, agrégation de détails biographiques). Pour ces mêmes enjeux il a été décidé de ne pas présenter de retranscription ou de tableau de codage complets. Le consentement éclairé a été recueilli avant chaque entretien, rappelé avant l'enregistrement et ouvert à retrait a posteriori.

⁵¹ J'ai bien conscience que dans le cadre où il m'a été possible de réaliser ce mémoire nous n'avons jamais atteint des formes d'horizontalité parfaites, néanmoins je pense que la recherche et la mise en pratique de la recherche d'horizontalité est souhaitable et nécessaire afin de produire des savoirs plus justes (au sens de pertinentes mais aussi d'éthiques).

⁵² Une seule personne a eu une rétribution (monétaire), les autres n'en ont pas exprimé le souhait. Ces discussions ont mis en avant une rétribution sous forme de développement de ces savoirs, de leur visibilité et de retransmission au sein des communautés concerné.e.s.

Le partage des tableaux de codage avec les participant.es a été volontaire, avec possibilité de correction/suppression d'extraits. Les choix des extraits en résultats (et leur micro-modifications explicité en []) respectent la minimisation des risques.

Construction hybride

L'analyse des données s'est appuyée sur une construction hybride, compatible avec une posture participative, qui évite l'imposition d'un cadre préexistant tout en assurant la mise en dialogue avec les théories mobilisées. La démarche inductive permet de faire émerger les enjeux et thématiques à partir des expériences et priorités des participant.e.s. Le cadre déductif permet quant à lui la mobilisation d'un cadre conceptuel issu de mes recherches antérieures, de lectures critiques et de mon expérience. Ce dernier s'est aussi construit au cours de la recherche et dans les échanges avec les participant.e.s. Cette dynamique d'allers-retours, inspirée des approches constructivistes (Charmaz, 2006) vise à éviter l'imposition de catégories préconçues tout en assurant un dialogue théorique. Autrement dit, cette démarche relève d'une logique abductive : elle met en relation, de manière itérative, des observations inductives et des cadres théoriques, chacun servant de ressource critique pour réviser l'autre

Ma position, à la fois de chercheur.euse et de personne concernée, me donne un double rôle : participant.e de la recherche et médiatrice de savoirs. Mes réflexions m'ont amené à penser les possibilités de mobiliser le privilège d'avoir une situation suffisamment confortable, du temps et la possibilité d'un accès à des ressources théoriques et académiques pour introduire dans la discussion / réflexion des concepts et des références marginalisées. Cela en réponse au manque de ressources à ce sujet, que la majorité des participant.e.s expriment par ailleurs, comme Marcus : « *Je pense que je serais prêt à passer à quelque chose de plus théorique pour comprendre plus sur ces sujets.* ».

Par ailleurs, ce choix méthodologique répond aussi à des contraintes de faisabilité : un temps limité, la disponibilité réduite des participant.e.s, mes propres difficultés liées à mes expériences handicapantes et la nécessité de produire un travail répondant aux exigences universitaires. Ces éléments peuvent limiter les occasions de transmission de connaissances et concepts, de formation commune et d'appropriation collective d'outils analytiques par exemple. L'hybridité de la démarche est ainsi une réponse pragmatique à ces limites, permettant d'articuler un cadrage théorique suffisamment solide pour soutenir l'analyse, tout en restant ouvert aux apports situés et aux priorités définies par les participant.e.s. De plus, ce cadrage

théorique s'inspire et se fonde pour beaucoup sur des travaux de personnes concerné.e.s soit pas la transitude, soit par la neurodivergence, soit par la folie⁵³, et qui travaillent sur ces sujets.

Cette démarche s'inscrit aussi pleinement dans le champ de la recherche qualitative : en privilégiant l'exploration approfondie des vécus et des significations construites par les personnes concernées, plutôt que la mesure ou la quantification. Elle vise à comprendre comment les participant.e.s donnent sens à leurs expériences et comment ces récits s'articulent aux régimes normatifs et contextes sociaux plus larges. Elle vise aussi à mettre en avant quelles sont leurs réflexions sur ces enjeux. Cette approche, bien qu'elle ne puisse pas être universalisée (ce qu'elle ne cherche absolument pas) permet ainsi de rendre compte de la complexité, des nuances et des tensions propres aux intersections *trans–mad–neuro*, sans l'englober.

Trois grandes phases ont structuré le processus de cette recherche :

1. La constitution d'un cadre théorique préliminaire : socle conceptuel ouvert, nourri de lectures, de travaux antérieurs, d'échanges avec des personnes concerné.e.s et d'entretiens exploratoires, permettant de délimiter l'objet et de choisir les outils d'enquête.
2. La collecte de données : des entretiens semi-directifs et inversés, la proposition d'ateliers collectifs ou de contributions écrites / créatives, avec des ajustements continus selon les retours des participant.e.s.
3. L'analyse et mise en dialogue : le développement du codage inductif, le développement d'une organisation thématique issue du codage, la confrontation avec les concepts existants, l'intégration des retours et commentaires des participant.e.s, dans une visée de co-interprétation.

2.2. Terrain, accès, portraits des participant.e.s

L'accès au terrain s'est construit en privilégiant les réseaux de proximité et les espaces déjà fréquentés par des personnes concernées par au moins une dimension étudiée (transitude, folie, neurodivergence). Cette approche visait à réduire la distance avec les participant.es, et à garantir un cadre perçu comme sécurisant.

⁵³ Bien souvent par ces éléments croisés.

Espaces et réseaux mobilisés pour le recrutement

Le recrutement des participant.e.s a été effectué au sein d'espaces militants, associatifs et communautaires, choisis pour leur proximité avec les enjeux croisés de transitude, de folie et de neurodivergence. Trois associations ont été directement contactées : Un collectif mené par des femmes trans, entre personnes handi, travailleuses du sexe, migrantes et/ou précarisées ; une association de personnes trans à visée militante et d'entraide ; une association de promotion de la santé des personnes trans, active dans la prévention et la lutte contre les discriminations.

En parallèle, des affiches ont été déposées dans plusieurs espaces communautaires LGBTQIA+ : un centre de santé sexuelle proposant un large éventail d'interventions et de services, un local associatif accueillant des événements militants et festifs, ainsi qu'un centre de prévention en santé LGBTQIA+. L'appel a également circulé via des réseaux numériques ciblés, tels qu'une liste de diffusion militante entre personnes folles et / ou neurodivergentes et un collectif d'adelphes trans et / ou non binaires engagé dans des pratiques de « care » psy queer.

Ces espaces ont été choisis en raison de leur pertinence vis-à-vis de la population visée (personnes non-cisgenres et non-neurotypiques / psychotypique), de leur accessibilité, mais aussi de la confiance et de la reconnaissance mutuelle qui pouvaient s'y établir. Ce choix a été fait pour essayer de favoriser la participation volontaire des personnes. Tout en s'appuyant sur des réseaux déjà investis dans la défense des droits, le soutien à ces communautés et la création de savoirs situés, il s'agissait aussi de respecter les temporalités, les contraintes et les besoins spécifiques des personnes,

Mon propre positionnement, en tant que personne concernée par les enjeux explorés dans cette recherche, a constitué un élément facilitateur dans l'accès au terrain. Notamment du fait de partager des méfiances exprimées à l'égard de certaines démarches académiques (extractivistes ou maltraitantes), j'ai pu m'appuyer sur des relations préexistantes, ainsi que sur une connaissance et un lien personnel avec ces milieux, ce qui permettait de construire des liens de confiance dès le recrutement et par la suite. Cette appartenance commune a également permis de lever certains freins liés à la peur d'être mal représenté.e ou instrumentalisé.e, tout en ouvrant la possibilité de discussions critiques sur le rôle et les limites de la recherche universitaire dans des contextes militants et communautaires.

Il faut cependant préciser que ce positionnement porte son lot de biais et de limites potentielles qu'il semble nécessaire de visibiliser déjà ici. La proximité avec une partie des

participant.e.s a pu influencer la dynamique pendant les entretiens. On peut supposer que certaines personnes considérant que je connaissais déjà des parties de vécus (communs), ont pu moins délier et expliciter (voire passer) des éléments. De plus, il a des chances qu'ils aient pu adapter leur discours à ce qu'elles imaginaient être attendu ou ce dont j'avais besoin. Finalement, on peut aussi supposer que mon inscription dans certains réseaux a pu introduire un biais de recrutement en privilégiant des personnes proches de ces espaces, au détriment d'autres profils, plus diversifiés qui pouvaient être moins en liens avec ces réseaux, plus éloignés des collectifs, plus isolés, etc.

Stratégie de diffusion et choix de la sélectivité

Les critères d'inclusion retenus reposaient sur le principe d'autodétermination : les participant.e.s devaient s'identifier à la fois comme non-cisgenres et non-neurotypiques/psychotypique, sans autre exigence quant à la nature précise de leurs parcours ou de leurs diagnostics. Ce choix visait à ne pas imposer de définitions médicales, des catégories diagnostics ou institutionnelles pouvant se révéler trop rigides et limiter des démarches d'autodétermination, et à permettre à chacun.e d'évaluer pour soi-même la pertinence de sa participation.

La diffusion de l'appel a suivi une stratégie mixte entre plusieurs réflexions, cherchant un équilibre entre ouverture et ciblage. J'ai opté pour une diffusion sélective afin d'atteindre directement des publics concernés, tout en évitant un recrutement exclusivement fondé sur les contacts personnels (proximité). Cette approche visait à toucher des personnes issues de divers réseaux, qu'ils soient militants, communautaires ou non, incluant des personnes que je ne connaissais pas directement, afin d'élargir la diversité des expériences recueillies.

Le bouche-à-oreille a joué un rôle important : plusieurs participant.e.s ont pris contact après que l'appel leur ait été transmis. Parallèlement, le message d'invitation et l'affiche ont circulé via des listes de diffusion thématiques et des canaux internes aux collectifs, où la confiance préalable envers les diffus.eur.euses facilitait la prise de contact.

Ce choix de diffusion s'inscrit dans un double objectif. Le premier étant de maximiser l'accessibilité et la sécurité pour les personnes concernées, en évitant les canaux institutionnels où le rapport de pouvoir peut être perçu comme dissuasif. Le second étant de Préserver la diversité des profils tout en réduisant le risque de participation opportuniste ou non alignée avec les enjeux de la recherche.

Ainsi, la diffusion sélective, soutenue par des relais communautaires de confiance, a cherché à atteindre une forme d'équilibre entre proximité et ouverture, garantissant à la fois la qualité des échanges et la pertinence des vécus mobilisés dans l'analyse. Néanmoins, ces choix produisent certains effets de sélectivité. En privilégiant des réseaux militants, la recherche a touché surtout des personnes déjà insérées dans ces espaces (risque entre-soi et exclusion implicite de profils plus éloignés). De plus, malgré l'attention portée pour tenter de réduire les barrières d'accessibilité, les modalités proposées reconduisent des logiques validistes du fait de contraintes extérieures, et validisme intériorisé également. Enfin, la sensibilité des thèmes abordés a pu faire que des personnes se sentant plus proches de mon propre positionnement et de mes caractéristiques sociologiques ont eu davantage confiance, ce qui a pu renforcer le rôle du bouche-à-oreille dans le recrutement et moins de diversité dans le groupe.

Message d'invitation et affiche

Le message d'invitation et l'affiche de recrutement ont été conçus comme des outils centraux pour instaurer dès le départ un climat de transparence, de confiance et d'accessibilité. L'objectif était d'informer clairement sur la nature, les objectifs et les modalités de la recherche en construction, tout en laissant la liberté de poser des questions ou de demander des précisions à tout moment.

La rédaction a représenté un exercice délicat : il s'agissait de rendre plus accessible un projet de recherche universitaire sans sacrifier la précision des enjeux, ni reproduire un langage institutionnel pouvant être perçu comme distant ou intimidant. J'ai cherché à rendre le texte accessible en évitant les formulations jargonneuses, tout en restant attentif à la précision des termes, notamment sur les questions de genre, de folie et de neurodivergence.

Afin de garantir cette justesse, plusieurs versions du message d'invitation ont circulé pour relecture auprès de proches et de personnes concernées ayant manifesté un intérêt pour la recherche. Les retours ont permis d'ajuster le vocabulaire, de clarifier certains passages jugés trop flous, et de renforcer la mention des garanties éthiques : anonymat, consentement réitéré, possibilité de retrait à tout moment, et non-obligation de répondre à toutes les questions.

La diffusion s'est faite en transmettant l'affiche et le message écrit plus détaillé, permettant à chaque support de répondre à un usage spécifique :

- L'affiche, synthétique et visuelle, permettait d'attirer l'attention dans des lieux de passage communautaires ou militants (centres LGBTQIA+, locaux associatifs, etc.).

- Le message d'invitation, plus détaillé, exposait le cadre méthodologique et les conditions de participation, et pouvait être envoyé directement par mail ou sur des listes de diffusion.

Ces documents ont aussi servi à marquer une distance avec les démarches de recherche extractivistes dénoncées par les communautés concernées. L'intention était non seulement de solliciter une participation, mais aussi de manifester une volonté de co-construction et de réciprocité, en inscrivant la recherche dans une relation de respect et d'horizontalité.

Note sur le message d'invitation et le processus participatif de validation

Afin de rendre visible les processus participatifs de recherche je souhaite rendre compte de différentes étapes, notamment du message d'invitation adressé aux participant.e.s. Il a été élaboré de manière évolutive en collaboration avec plusieurs participant.e.s ou personnes concern.é.s de mes cercles par mon sujet mais extérieures à la recherche. Ce processus a permis de prendre en compte plusieurs enjeux cruciaux et témoigne de l'importance de co-constructions. Cette démarche a permis de rendre visible et d'affiner différents enjeux comme : 1. Les difficultés et nécessités d'éviter l'uniformisation des identités ; 2. La reconnaissance des dynamiques de pouvoir et d'inégalités / privilèges ; 3. La clarification de mon positionnement et de la relation avec les participant.e.s ; 4. La transparence sur les possibilités et limites de formes de compensations/rétributions par rapport au coût d'implication des personnes.

Les premières versions de l'invitation utilisaient des formes de listes (précisées non-exhaustives) d'identités pour cibler des personnes concernées par les vécus non-cisgenre et non neurotypique ou psychotypique. Or, des relecteur.ices ont souligné que l'usage conjoint de termes occidental-centrés (comme « trans » ou « non-binaire ») avec d'autres concepts ancrés dans des cosmologies ou traditions culturelles spécifiques non occidentales (comme « Two-Spirit » dans des communautés autochtones d'Amérique du Nord ou « Hijra » historiquement reconnu dans certaines cultures d'Asie du Sud), pouvait entraîner une forme d'appropriation ou d'uniformisation problématique des identités. À partir des retours, j'ai tenté de reformuler cette section pour reconnaître la diversité des oppressions et des ancrages culturels, et essayer de ne pas invisibiliser les rapports de pouvoir (colonialité, racisme, validisme, cisnormativité) à l'œuvre dans la structuration des subjectivités.

Par ailleurs, à la suite d'une relecture il m'a été posé plusieurs questions et remarques sur mon positionnement vis-à-vis des participant.e.s, notamment par rapport à la relation entretenu dans le cadre de la recherche. Ma position en tant qu'étudiant.e dans une démarche pouvant me conduire à l'obtention d'un diplôme me place dans une position de gain personnel. Ces retours m'ont conforté dans la nécessité de clarifier et de penser des pratiques de rétribution. Cela d'autant plus que la diversité des participant.e.s (ce qui m'inclut), implique une diversité des positions de pouvoirs, de privilèges et d'inégalités systémiques. Il m'importe de ne pas entrer dans des dynamiques utilitaristes et / ou d'invisibilisations des vécus et expériences des personnes, surtout lorsque ce sont des vécus et des expériences que je ne partage pas personnellement. Ces réflexions ont participé à ouvrir un cadre de discussions et de négociations avec les participant.e.s.x afin de discuter collectivement les manières d'envisager des formes de compensations en fonction de leurs intérêts et besoins au regard de mes possibilités. Ces réflexions m'ont aussi amené à me penser en tant que participant.e-chercheur.euse dans cette recherche et à la manière d'entrer dans des formes de relation de recherche qui soient transparentes et respectueuses. En cela, j'ai donc décidé d'ajouter plus de détails personnels notamment sur mon propre vécu folx et les spécificités liées qui peuvent influencer la recherche. Cette démarche permet par ailleurs de soulever la question des limites : les miennes et celles des participant.e.s.x dans ce cadre.

D. Retours, critiques, réticences

La diffusion de l'appel à participation a suscité plusieurs retours critiques, exprimant des réticences vis-à-vis des démarches de recherche universitaire. Ces réactions, même si parfois générales et non spécifiques à cette recherche, témoignent d'une méfiance largement partagée dans les communautés concernées. Elles renvoient à des expériences passées où la recherche a été perçue comme extractiviste, voyeuriste ou maltraitante : collecte d'informations sans consentement éclairé, manque de transparence vis-à-vis du processus, absence de retour vers les participant.es, reproduction de discours stigmatisants, ou encore instrumentalisation des récits.

En tant que personne concernée par les enjeux explorés, je partage ces critiques et en comprends les fondements mais n'en suis pas à l'abri simplement par position. Dès les premiers échanges, j'ai donc pris le temps d'exposer la démarche adoptée dans cette recherche, en insistant sur plusieurs points : la centralité du consentement libre et réitéré, avec possibilité (de retrait, de soi et de ses apports), à tout moment et sans justification ; la co-construction des savoirs, en laissant la place aux retours, corrections et compléments des participant.e.s à chaque

étape où cela a été possible ; la volonté de produire des connaissances utiles aux personnes et collectifs concernés, et non uniquement valorisables dans un cadre académique, et la mise en place de formes de rétributions discutées avec les participant.e.s.

Ces échanges ont ouvert la voie à des discussions plus larges sur le rôle et les limites de la recherche. Si certain.e.s sont resté.e.s critiques et ont choisi de ne pas participer, d'autres ont exprimé un intérêt au regard ma démarche qui différait de pratiques plus verticales ou déconnectées. La gestion de ces réticences, les miennes et les leurs, a ainsi fait partie intégrante du processus d'accès au terrain, impliquant non seulement un travail de communication transparente, mais aussi un positionnement réflexif constant afin de penser comment éviter de reproduire des dynamiques de pouvoir et d'abus.

E. Participants et portraits⁵⁴

Les participant.es disposaient d'une fiche optionnelle leur permettant de se présenter selon ce qu'ils pensaient pertinents à mentionner. Certain.e.s ont rempli la fiche, d'autres ont préféré répondre oralement ou ne rien fournir. Les éléments repris dans cette section proviennent exclusivement de ce que les personnes ont choisi de partager. Ce choix a été respecté sans ajout de ma part, conformément à la logique de co-production et à la volonté de préserver leur maîtrise de l'auto-présentation⁵⁵ Ce choix vise à déplacer la focale d'une recherche *sur* vers une recherche *avec et à partir de* leurs propres cadres interprétatifs, en refusant l'extractivisme des données et la standardisation qui invisibilise ou lisse les savoirs situés. (Espineira et Thomas, 2019 ; Godrie, Juan & Carrel, 2022). Il s'inscrit dans des approches de recherche participatives décoloniales, *mad, queer, crip*, trans qui revendiquent un partage du pouvoir épistémique et une horizontalisation et accessibilité des connaissances (LeFrançois, Beresford & Russo, 2016 ; Kafer, 2013 ; McRuer, 2006 ; Baril, 2015 ; Pilling, 2022 ; Mills, 2014 ; Meerai et al., 2016). Cela signifie de ne pas homogénéiser les catégories, de respecter l'auto-désignation et les choix de transmission des participant.e.s. Ce positionnement répond à un double enjeu : limiter les injustices épistémiques (réduction de la parole et des cadres d'intelligibilité imposés) et adopter des façons de mesurer / présenter les vécus et les expériences qui partent de l'autodétermination. Il n'a pas vocation à la

⁵⁴ Par manque de retours de certain.e.s participant.e.s sur la relecture du mémoire, le choix a été fait pour l'instant d'anonymiser de manière globale les participant.e.s (en conservant néanmoins le nom mentionné à utiliser), quitte à opérer des modifications avant une éventuelle publication.

⁵⁵ Certaines fiches étaient trop fournies pour les mettre en totalité dans cette section, pour voir les informations complètes transmises par les participant.e.s, se référer à l'annexe n° 1 du tableau des participant.e.s (où seulement quelques informations ont été généralisées pour favoriser l'anonymisation).

représentativité mais assume l'hétérogénéité des informations fournies en invitant les lect.eurs.rices à juger de la pertinence et de transférabilité dans d'autres contextes plutôt qu'une généralisation. Il postule des connaissances nécessairement lacunaires et fait dialoguer des vécus et des savoirs pluriels vus comme complémentaires sans êtres totalisants, plutôt que de les lisser. Ce parti pris rejoint l'épistémologie⁵⁶ des perspectives situés (Haraway, 1988), ainsi que des dynamiques cherchant à accueillir le « désordre⁵⁷ » plutôt que de le neutraliser (Law, 2006, 2004), tout en répondant aux appels à reconnaître et laisser advenir les savoirs produits par les personnes concernées (Beresford & Russo, 2022).

Alex : pronom *Il*, 47 ans. Identités ou expériences mentionnés : trans non-binaire, dysphorie, sentiment d'illégitimité, syndrome de l'imposteur. Débute sa transition dans une petite (environ 13 000 habitant.e.s). Peu de lien avec les institutions, deux expériences délicates voire mauvaises dans son parcours de transition. Issu de la classe bourgeoise catholique avant sa transition, actuellement militant actif dans assos féministes et/ou LGBTQIA+.

M. : pronom *Il*, 27ans. Identités ou expériences mentionnées : personne avec une expérience transmasculin et intersexe. Diag borderline et trouble bipolaire. Lien à l'institution psychiatrique et médicale dans l'enfance puis coupure et maintenant lien à l'institution psychiatrique par besoin d'accès (médicament, aménagement au travail). Géographie : Paris / région parisienne / Beauce. Blanc, classe moyenne, capital culturel (étude scientifique), actuellement employé dans une entreprise à statut mi public/mi -privé en CDD. Personne assez isolée, du mal à se situer plan validité/invalidité. Enfance en classe sociale aisée et intellectuelle ; ses deux parents ont dû cesser ou changer de métier à cause de problèmes de santé. Evolue dans les milieux communautaires trans-zinzin-tox-tds entourage souvent plus précaire que lui. Différentes expériences de : classe vécues (aisée, moyenne, plus précaire), de milieux de vie (milieu rural, urbain, péri-urbain), de milieux sociaux côtoyés et de conditions d'existence. Ajoute élément de trou de mémoire et isolement communautaires comme facteurs difficiles.

E. : pronom(s) *Il et Elle alterné*, 31ans. Autres identités ou expériences mentionnées : tous les A- genre / sexe / romantique, handicapé.e, neuroatypique, autiste, fatigue chronique, douleur chronique, TCA, difficultés sensorielles exacerbées en termes de son, lumière et de panique sociale, dépression (non chronique mais longue-15ans), deuil long, anxiétés liées à la mort,

⁵⁶ Définition usuelle issue du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : « Partie de la philosophie qui a pour objet l'étude critique des postulats [principes de base], conclusions et méthodes d'une science particulière, considérée du point de vue de son évolution, afin d'en déterminer l'origine logique, la valeur et la portée scientifique et philosophique (cf. *philosophie* des sciences, empirisme* logique*). »

⁵⁷ Traduction libre de : « *Mess* ».

stress-posttraumatique. Géographie : petite ville de campagne qu'il trouve confortable selon ses conditions / besoins, a vécu principalement en France (sauf un peu aux Pays-bas), principalement campagne ou petites villes de campagnes, expériences grandes villes terribles. Issu.e de la classe moyenne. Accès aux soins « difficiles » ; diagnostic d'autisme (2020, CRA), AAH récente ; parcours facilité depuis la campagne (trouvé des soignant.es de confiance). A vécu en ZAD (sentiment déconnexion du monde). Précise personne blanche avec l'expérience vécu d'avoir grandi.e dans un endroit où son père était traité comme « l'étranger », ce qui a produit un sentiment de fracture sociale dans les rapports déjà compliqués par l'autisme et que tous ses proches sont neuroa (déconnexion aux mondes cis-hétéro et neurotypiques).

Jamie : pronom *Iel*, 28ans. Identités ou expériences mentionnées : personne trans non-binaire (demande éviter termes « amab⁵⁸ », « afab⁵⁹ » éloignés de son vécu et considérés binarisant ou essentialisant), précise un passing de *transfem*⁶⁰. Personne handie⁶¹, autiste et en dépression. Contexte urbain & grande ville française. Beaucoup d'errance médicale, de stigmatisation, transphobie et de violence. Aucune confiance dans les medecins ou soignant.e.s, même si certain.e.s peuvent lui être util.e.s ou aidant.e.s, mais peur persistante de violences. Colère et critiques vis-à-vis du manque de liberté dans les systèmes médicaux notamment, lutte et milite pour que soit respecté son autonomie et celles des autres.

Lain : pronom *Elle*, 28ans. Identités ou expériences mentionnées : meuf trans, schizophrène, psychotique, et tox⁶². Contexte grande ville française. En rupture de soin psychiatrique depuis 2 ans, avant un suivi dans un hôpital psychiatrique de grande ville, suivie par une psychologue en centre d'accompagnement & prévention en addictologie, a l'AAH jusqu'en 2028. Rupture familiale, étudiante handie, militante dans les espaces trans d'une grande ville.

Marcus : pronoms *Il ou ær*, 20ans. Autres identités ou expériences mentionnées : homme transgenre (ou juste homme trans) ou personne non binaire trans, diagnostiqué avec un TDAH combiné, dépression et anxiété, proche de l'obtention d'un diagnostic d'autisme, pense être atteint d'un trouble dissociatif d'identité, du trouble de la personnalité antisociale et d'un trouble de la personnalité narcissique (sans diagnostic pour les trois derniers) et n'en veut pas. Contexte géographique : est né et a grandi dans une ville au Brésil jusqu'à ses 14ans, depuis 5ans en France, dont deux dans un département proche de Paris. Précise un suivi par un

⁵⁸ « *Assigned Male At Birth* », traduction libre : « Personne assignée homme à la naissance ».

⁵⁹ « *Assigned Male At Birth* », traduction libre : « Personne assignée femme à la naissance ».

⁶⁰ Abréviation de transféminine ou usage plus personnel ou politique.

⁶¹ Abréviation de personne handicapée ou usage plus personnel ou politique.

⁶² Abréviation de toxico ou usage plus personnel ou politique.

psychiatre apprécié d'un centre de santé LGBTQ+, suivi psychologique moins apprécié car le trouble dissociatif d'identité, antisocial et narcissique ne sont pas pris en compte. Pas besoin d'un diagnostic pour ces troubles, mais ne se sent pas pris au sérieux quand il s'agit de ces troubles en spécifique.

C. : pronom *Il*, *Queer*. 25ans. Identités ou expériences mentionnées : malade psychiatrique, bipolaire avec dépression résistante avec trouble du spectre autistique, isolé, pratiquant d'une religion, précaire, métisse. Vit dans une grande ville française depuis 5ans, né en campagne dans une ville riche. Précise être en permanence en lien avec les institutions médicales et psychiatriques. Très en colère sur ces institutions.

Lo : n'a pas répondu à la fiche de présentation.

B. : pronom(s) *peu importe*, 27ans. Identités ou expériences mentionnées : personne blanche, folle, zinzin, diagnostic de schizophrénie, non-hétéro, handi-psy, valide physiquement, issu de la classe moyenne, psychiatisé.e, vit seul en contexte urbain, pas dans une situation de précarité financière et relationnelle actuellement, en études. Des allers-retours entre rupture de « soins » et nécessités de liens avec les milieux psychiatriques (traitements, droits, accès, situations de crise sans alternatives viables ...). En demande d'AAH. Peu de suivi hors-psychiatre depuis plusieurs années. Recherche de s'autonomiser de la psychiatrie institutionnelle. A vécu des violences dans différents contextes médicaux, notamment psychiatrique (transphobie, sanisme, homophobie, cissexisme).

Rapport des participant.e.s à la recherche en général et à celle-ci en particulier

Dans le cadre de cette démarche il semble important de préciser que la question du rapport à la recherche (académique, scientifique) en générale, et plus précisément par rapport à celle-ci a été posée aux participant.e.s. Les réponses présentent des positionnements hétérogènes et parfois ambivalents aux savoirs académiques et à l'institution universitaire. Certain.e.s, comme Lain, sont (ou ont été) elleux-même engagé.e.s dans des démarches de recherche critique et / ou communautaire, tout en développant une forte méfiance envers les institutions productrices de savoirs. Lain valorise les projets portés par des personnes concernées et politiquement ancrées, tout en dénonçant les dérives d'un « concernisme⁶³»

⁶³ Lorsque la valeur du travail n'est mise en avant que par le fait d'être « concerné.e », sans forcément que le travail ne soit de qualité selon elle, ou que la position ne soit que de surface, d'image.

dépolitisé. Sa participation repose sur un lien de confiance, un accord politique avec la démarche et la volonté de soutenir des formes de savoirs minoritaires en construction. C., en rupture avec l'université, en dénonce l'inadaptation structurelle face à sa transitude et à ses troubles de santé. Il participe à cette recherche par affinité personnelle et parce qu'il en perçoit l'importance des croisements explorés, mais exprime une forte défiance quant aux usages possibles de ses paroles dans des cadres académiques. Alex exprime avoir nourri un lien compliqué avec l'apprentissage académique notamment du fait de sa neurodivergence. Il explique mobiliser les savoirs principalement pour comprendre son vécu et en parler autour de lui, dans une logique de réassurance, de médiation et de pédagogie. Il valorise par ailleurs les processus de recherche (peu-importe lesquels) pour leurs capacités à produire de la réflexion, des échanges et des débats. Ce que Lo exprime en disant que même des savoirs maltraitants peuvent permettre de développer des processus critiques. Il parle des savoirs universitaires dans leur potentiel de légitimation sociale, mais aussi à travers les risques d'appropriation et de dépolitisation lorsqu'ils se produisent sans les premières concernées. Il valorise ici la capacité de la recherche à politiser les expériences, à rompre avec l'isolement et à renforcer les liens communautaires. Jamie développe une critique structurelle de la recherche qu'elle perçoit comme un instrument d'assignation et de contrôle au service de normes cis et neurovalidistes. Iel insiste sur la nécessité de partir de l'autodétermination. Iel pense sa participation dans des recherches (par et pour) comme une stratégie de soutien, tout en dénonçant l'absence de reconnaissance du travail expérientiel fourni. M. de son côté souligne la valeur affective, subjective et politique de la recherche comme espace de rupture de l'isolement et de corréflexion. Il exprime le souhait d'un dialogue horizontal, où chercheur.euses et participant.e.s partagent leurs expériences. Marcus, quant à lui insiste sur l'importance politique que les savoirs sur les minorités soient produits par les personnes concernées elles-mêmes. Aer dénonce le vol historique des voix minorisées et valorise cette recherche à la fois pour son potentiel d'*empowerment* communautaire et par solidarité avec le projet porté, il ajoute qu'il serait fier de mener ce type de recherche. Finalement, E dit être peu familier.e avec les codes académiques, et exprime une difficulté à se représenter la forme et les usages de la recherche, tout en percevant de manière intuitive l'articulation entre transitude et neuroatypie. Iel participe par curiosité et implication personnelle, en soulignant l'importance de penser collectivement la sortie des normes à partir des vécus. Son témoignage rappelle la nécessité de rendre accessibles les objets, les méthodes et les finalités de la recherche, sans quoi une partie des personnes concernées risque d'en rester exclue.

2.3. Dispositif d'entretien et entretiens inversés

Le cœur de la collecte de données repose sur des entretiens semi-directifs et non-directifs (dix au total dont deux inversés⁶⁴), pensés comme des espaces d'expression libre, laissant la place à la pluralité des formes narratives et de l'orientation de la discussion. La durée des échanges variait en fonction de la disponibilité, de l'énergie et des besoins des participant.e.s, avec une moyenne de 1h30. Ils ont eu lieu sur une large période entre octobre 2024 et avril 2025 pour les huit premiers, avec les deux inversés réalisés en juillet. Les entretiens se sont tenus en ligne en utilisant le logiciel *Teams*, les personnes étant dans leurs lieux de vie, avec la possibilité de faire des pauses, de revenir sur un sujet ou d'omettre certaines questions-guides/réponses. Chaque entretien a été enregistré avec accord explicite, puis intégralement retranscrit à l'aide du logiciel *Whisper* et retransmis aux participant.e.s. Les participant.es avaient ainsi la possibilité de relire, modifier ou compléter la transcription, afin de maintenir un contrôle sur leurs propos.

La grille d'entretien initiale, davantage construite et utilisée comme un support-guide évolutif (Annexe n° 3), a été construite à partir des cadres théoriques mobilisés en amont (*Queer, Trans, Mad, Crip Studies, Neuroqueer Theory*) et des objectifs de la recherche, tout en intégrant des thématiques issues de mes propres expériences et discussions préliminaires avec des pairs. Elle comportait des thèmes ouverts plutôt que des questions fermées, par exemple : Pratiques d'auto-désignation et rapport aux étiquettes / termes, expériences avec les institutions médicales ou psychiatriques, stratégies individuelles et collectives face aux discriminations et violences, etc. Dans la logique participative, la grille a été construite comme un outil souple, modifié et enrichi au fil des entretiens, en fonction des retours des participant.e.s, de l'émergence de nouveaux enjeux, et lacunes repérées et soulevées dans le guide initial.

Afin de renforcer la démarche participative et de répondre à la critique des hiérarchies de savoirs, j'ai proposé aux participant.e.s un dispositif d'« entretiens inversés ». L'idée était de formaliser un moment où les rôles se renversent : les participant.e.s choisissent les questions qu'ils jugent pertinentes à poser, y compris à propos de ma propre trajectoire, de mes positions, de démarche, de ma méthodologie ou de mes contradictions. Cette expérimentation visait ainsi à créer un espace où redistribuer la légitimité de l'interrogation et à favoriser une position de

⁶⁴ Définis, expliqués plus bas.

co-producteur.rice.s de connaissances pour cette recherche. Pour préparer ce dispositif, un document collaboratif (framapad) a été partagé (Annexe n°5). Il rassemblait des propositions libres de pistes que j'ai développées pour faciliter la prise en main, un rappel des principes de consentement et de liberté de format notamment. Deux participant.e.s (E. et M.) ont choisi d'y prendre part, en élaborant à partir de ces bases ou de leurs propres questions et en menant l'entretien à distance. Ces entretiens ont généré des matériaux riches, non seulement sur le fond mais aussi sur le plan méthodologique : comme un équilibre épistémique, des développements de problématisations partagées ou d'envies / horizons, et de me permettre une émancipation dans le processus de pouvoir parler de mon vécu davantage et plus librement que dans les contraintes académiques traditionnelles. J'ai codé ces entretiens de la même manière que les précédents et les ai renvoyés aux participant.e.s sous la même forme de tableau, (segment, code(s) associés, commentaire). J'ai ainsi utilisé les matériaux en m'incluant dans la partie résultats⁶⁵. Si ces moments d'inversion méthodologique ne dissolvent pas les asymétries (puisque j'ai gardé la main sur le codage et l'intégration au mémoire), ils les rendent discutables, visibles et mobilisables. Ils constituent en ce sens une tentative de déhiérarchiser la production de savoirs, en ouvrant un espace où l'objet de recherche devient co-construit et interrogé depuis plusieurs positions.

2.4. Codage et organisation thématique

Le codage s'est opéré selon une logique inductive : les catégories ont été construites à partir des matériaux empiriques eux-mêmes, par un codage ouvert, permettant de faire émerger des thématiques au plus près des propos recueillis. Les entretiens ont été lus intégralement au moment de la retranscription, ce qui a permis une première immersion dans les récits et une prise de notes préliminaire sur des éléments saillants, permettant un repérage ligne par ligne des segments significatifs. Le codage a été réalisé sur Word, dans un tableau à trois colonnes pour chaque entretien : 1) Segment (extrait du verbatim), 2) Code(s) associé(s) (mots-clés descriptifs), 3) Commentaire(s) (première interprétation, pistes d'analyse ou lien à un thème en construction). Les codes ont été formulés de manière courte et descriptive, en restant au plus

⁶⁵ Mes extraits sont formalisés en bleu pour les visibiliser : ce choix a été fait car bien que j'aie souhaité horizontaliser le processus, ma position de participant.e n'est pas la même celles des autres.

proche des mots et du sens exprimés par les participant.e.s et sans chercher immédiatement à les regrouper dans des catégories analytiques, comme suit en exemple :

Segment	Code(s) inductif(s)	Référence(s) Thématique(s) ⁶⁶	Commentaire(s)
« Qui ne me considéraient pas en tant que personne à part entière »	Déshumanisation institutionnelle	2.1.1 2.1.5	Expérience effacement / non-reconnaissance subjective dans le soin psychiatrique.
« Comme si je n'avais aucune idée...pourquoi j'étais là »	Invisibilisation de la lucidité / des capacités cognitives de l'enfant	2.2.1 2.2.7	Mise en lumière de la capacité de conscience et de réflexion ignorée / rejetée par les soignant.e.s.
« C'était pas pris en compte que je pouvais avoir un regard sur le moment »	Invalidation du point de vue de l'enfant	2.2.1 2.1.4	Refus implicite légitimité du vécu ou du savoir du patient par disqualifications.

Ce premier codage a été réalisé sans hiérarchisation préalable, afin de préserver la richesse des données. Néanmoins même en l'absence d'une grille de codage préalable notons que : les codes ont été influencés par la grille d'entretien initiale (Annexe n° 3), les lectures et cadres théoriques préalables, mon expérience en tant que personne concernée et ma pratique militante. De plus, pour des raisons de faisabilité (temps, disponibilité, contraintes universitaires), le codage n'a pas été réalisé directement avec les participant.e.s. La démarche a privilégié un fonctionnement d'avancée autonome et de propositions, suivie d'une transmission des tableaux finalisés aux participant.e.s qui le souhaitaient pour commentaires, critiques, relectures et modifications éventuelles.

Dès la phase de codage, certaines thématiques et sous-thématiques récurrentes ont commencé à se dégager. Elles étaient notées au fur et à mesure dans un document parallèle, puis réorganisées régulièrement en fonction des nouveaux extraits codés. Le travail de codage a suivi une logique dynamique avec : 1) l'identification des codes récurrents et de leur potentiel de regroupement ; 2) des ajustements des intitulés thématiques pour mieux refléter le sens partagé par plusieurs extraits ; 3) un passage progressif de codes descriptifs vers des catégories plus analytiques. Notons que certains codes initiaux ont changé de formulation, ou ont été

⁶⁶ La colonne référence thématique a été ajoutée par la suite afin de relier avec l'organisation thématique développée à la suite des codages.

développés au fil du processus, notamment après relectures, pour mieux traduire la complexité des propos ou pour intégrer de nouvelles nuances apparues dans les entretiens suivants. Le regroupement des codes s'est fait principalement selon : la récurrence d'un thème dans plusieurs entretiens ; la proximité sémantique ou thématique entre différents codes ; l'importance accordée au thème par les participant.e.s (volume d'extraits, intensité émotionnelle, positionnement politique, liens avec les priorités énoncées, etc.).

Les codages inductifs ont été transmis aux participant.e.s sous forme de tableau (voir exemple au-dessus). À chaque étape, il a été rappelé que la communication restait ouverte pour poser des questions, proposer des modifications ou demander des précisions. Sur les huit participant.e.s, deux ont formulé des retours sur le codage : l'un.e par l'ajout de commentaires écrits directement sur le document, l'autre lors d'un échange audio, permettant de préciser certains éléments de sens. Les retours concernaient surtout des demandes de précisions ou d'explication sur certains intitulés de codes. Ainsi que l'ajout d'éléments contextuels ou de nuances pour enrichir l'interprétation et l'analyse. Pour donner un exemple : Segment initial : « La boule [...] C'est une machine » ➔Code : « Métaphore de la société-machine » ➔Commentaire initial : « M matérialise la norme sociale comme un système machinique, impersonnel et déshumanisant : Fonctionnalisme / machine – déshumanisation. »

➔Ajout de M : « *À relier aussi à l'expérience du rapport médical dans l'enfance de normalisation fonctionnelle très mécanique, je crois que je parle presque plus de ça ici (vécu intersexe). Mais tout se relie aussi donc...* ». Sur ces retours, aucun désaccord profond sur le codage n'a été exprimé. Ils étaient plutôt positifs, confirmant une adéquation perçue entre les codes, les commentaires et le sens voulu par les participant.e.s. L'organisation thématique issue du regroupement a été envoyée aux participant.e.s qui en ont exprimé le souhait. Peu de retours formalisés ont été reçus, ce qui peut constituer à la fois un indicateur de validation implicite et une limite en termes de co-construction active.

Pour ce qui est de l'organisation thématique (Annexe n°4), elle a été construite à partir du regroupement des codes en catégories et sous-catégories, de manière à rendre compte à la fois de la diversité des expériences et des logiques transversales relevées dans l'ensemble des entretiens. Chaque code a été réassocié à au moins une sous-catégorie et parfois à plusieurs lorsque son contenu recouvrait plusieurs dimensions, par exemple : segment « *Ça m'a posé plus*

*de problèmes qu'autre chose*⁶⁷. » → Codes associés : effets négatifs de la visibilité dans le soin / coût de l'affirmation de genre → Thèmes associés :

- 2.4.8 Désaffiliation sociale et désorientation subjective : effets internes de l'isolement, de la précarité et du manque de reconnaissance

- 1.2.6 Pathologisation croisée, illisibilité sociale, disqualification identitaire

CHAPITRE III : Résultats et analyse : Entre vécu, violences et résistances : une analyse située de subjectivités trans, folles et neurodivergentes

3.1 Subjectivités en tension : complexité identitaire et effets normatifs

Dans cette partie sont développées des manières dont les participant.e.s composent et naviguent au quotidien avec des constructions de soi et des subjectivités mises en tension par des régimes de normativité imbriqués. Plutôt que de d'opérer une typologie des vécus renvoyant à des conceptions identitaires « fixes », à des « troubles » ou à des déficits individuels, l'analyse restitue le caractère relationnel, mouvant et situé de ces vécus. Ainsi que les effets psychiques et sociaux produits par les régimes normatifs saniste, cisgenriste et neuronormatif, notamment les exigences de lisibilité et de cohérence. Il s'agit de partir des expériences vécues pour documenter des effets normatifs et leurs mécaniques. En cohérence avec la démarche participative, il est question de mettre en avant la complexité et la diversité des positions et des temporalités plutôt qu'à imposer une cohérence a priori. Cette partie s'articule en quatre axes : comment se conjuguent plasticité, fragmentation et épuisement chez les participant.e.s ; la manière dont les normes affectent le corps-esprit et le rapport à soi ; mais aussi comment des temporalités discontinues reconfigurent la subjectivation ; et finalement comment s'articulent les mécanismes d'invisibilité protectrice et désir de reconnaissance dans ces contextes.

⁶⁷ À propos du fait de s'*outer* dans différents contextes, notamment médicaux.

3.1.1 Plasticité, fragmentation, épuisement : expériences croisées du genre, de la folie et de la neurodivergence

Dans les récits recueillis, les identités de genre, de folie, de neurodivergence ne s'inscrivent pas dans une logique d'autodéfinition stable ou d'un état fixe, mais dans un processus relationnel, contextuel et mouvant. La plasticité identitaire au regard de normes de cohérence et de stabilité (Baril, 2015) apparaît ici non pas comme un manque de clarté individuel au regard d'un présupposé ordre essentialiste, mais comme produite par des rapports de pouvoir intersectionnels et comme un « *processus permettant l'accès / la constitution d'un sens de soi*⁶⁸ » En cela, elle peut se lire comme une capacité à se redéfinir en fonction des contextes vécus, des liens noués, des émotions traversées. Cette plasticité s'apparente ainsi à une capacité de recevoir et de donner forme (Malabou, 2005). Ce mode d'existence semble être intrinsèquement incompatible ou résistant aux injonctions normatives à la cohérence, à la stabilité ou à l'intelligibilité sociale. Ce refus ou ce déplacement de la fixité des catégories identitaires manifeste une subjectivation (Butler, 1997, 2004) qui ne cherche pas à « nommer » pour entrer dans des cases, mais à expérimenter pour naviguer dans les mondes sociaux et pour faire sens de son expérience de soi et du monde, ainsi que pour survivre. Cette posture rend visibles les tensions entre des existences en devenir et des structures sociales qui valorisent la lisibilité, la stabilité et la conformité (Puar, 2017 ; Spade, 2011). Elle interroge aussi les conditions de possibilité d'une reconnaissance sociale quand celle-ci repose sur des critères normatifs étroits ; cissexistes, cisgenristes, sanistes, colonialistes, racistes, qui s'entrecroisent dans une logique intersectionnelle. Le refus ou l'impossibilité d'une cohérence imposée, attendue dans les discours médicaux et sociaux, s'affirme ici comme une forme de souveraineté (*agency*⁶⁹) sur son propre devenir.

Une autre manière d'aborder la non-linéarité identitaire passe par le rapport au langage lui-même comme lieu de pouvoir traversé par des processus de subjectivation et d'injustice herméneutique (Fricker, 2007). Ici, loin de viser une « vérité » identitaire à atteindre, il s'agit d'un tissage quotidien, d'une subjectivation relationnelle : « *J'ai réussi à mettre des mots dessus [...] en relationnant avec quelqu'un qui est également trans* ». Le « je » qui parle se constitue au fil de l'échange, en lien, et non en référence à une norme préalable. La temporalité est fluide, la légitimation vient du vécu partagé et de l'affirmation en soi, non de l'extérieur.

⁶⁸ Proposition ajoutée à la relecture par une personne participant.e (M.)

⁶⁹ Au sens d'« agentivité » (Traduction libre) : à savoir la capacité à maîtriser ou à agir sur son existence.

E. formule une autre forme de décalage dans le langage lui-même. Pour E., les termes identitaires sont à la fois utiles et insuffisants. « *Je pense que je me considère trans par affection. [...]. Enfin, qu'il y a un truc de familiarité là-dedans. Et que, quitte à pas avoir les bons mots, c'est un mot qui me fait sens. Mais j'ai l'impression de plus raisonner en dehors du genre que dedans. [...] Et je pense que je parle souvent de non-binarité par facilité, parce que c'est un concept qu'on connaît, mais que c'est pas ça, en fait. C'est plus une anarité. J'ai pas le mot.* ». Ce manque du mot juste, ou plutôt cette conscience de l'insuffisance du langage éclaire une expérience qui ne trouve pas encore ses mots, ou plutôt les mots disponibles ne sont pas adéquats pour dire ce qui est vécu. Il en résulte une stratégie de contournement au sens de l'usage tactique des mots inadéquats de Muñoz (1999) : nommer pour se faire comprendre (non-binarité, anarité), tout en sachant que le mot trahit la complexité vécue. De plus, là où les mots manquent, on remarque que d'autres modes de perceptions du corps-esprits s'expriment : « *Je crois que j'y réfléchis pas vraiment en termes de mots. Ou en tout cas, pas de mot global. J'ai l'impression que je me concentre sur les situations et les émotions. Mais que j'ai jamais trop ressenti le besoin, justement, de trouver un mot parapluie ou quoi.* »

En complément de ces réflexions sur le langage, d'autres participant.e.s mettent en lumière un usage contextuel et stratégique des termes identitaires (Spade, 2011 ; Cohen 1997) révélant la manière dont les appartenances sont continuellement réajustées selon les milieux traversés. Chez Jamie et Lain, cette multiplicité se déploie ainsi dans les usages identitaires en fonction des contextes : « *Il y a des termes que j'utilise qui sont des termes plus précis de non-binarité, des fois. Je vais utiliser le terme genderfluid, ou pangendre, en tout cas, l'idée de multigenralité. Des fois, je vais me dire un bi-genre pour des gens qui ne comprennent pas forcément. Il faut savoir que j'évolue dans des cadres qui sont ultra diversifiés.* » (Jamie) & « *Les identités que j'arrive moi à... comment dire, me réapproprier ou en tout cas utiliser pour me définir moi-même, c'est des identités que j'arrive à articuler et à mettre du sens politiquement, je pense.* » (Lain).

Cette navigation identitaire contextuelle révèle une forme de tactique face à des milieux sociaux différenciés, avec des attentes différenciées. L'identité n'est pas ici une essence à affirmer coûte que coûte, mais un outil stratégique, social et politique, un masque utile à la cohabitation et à la navigation. Le « je » qui parle n'est pas unifié, mais adaptable, parfois contraint traversé par des appartenances multiples. Les injonctions d'adaptabilité contraignent particulièrement les personnes évoluant hors des cadres de ce qui est considéré comme la « normalité », notamment les cadres normatifs binaires de genre mais aussi les normes psychiques

et comportementales sanistes. Ce que Jamie désigne avec ironie : « *J'ai qu'à dire que c'est juste moi et moi-même, et les autres qui sont bizarres avec leur système binaire de trucs.* ».

Néanmoins, cette porosité identitaire ne s'arrête pas au genre : elle est profondément nourrie (voire produite) par des expériences psychiques hors norme. Plusieurs des participant.e.s insistent particulièrement sur ce lien entre fluidité identitaire et expérience psychique divergente. M souligne ainsi : « *Il y a un rapport à soi super étrange. [...] Tu changes tout le temps, en fait. Et j'ai un peu l'impression aussi qu'il y a un rapport à la cohérence quand tu es fou ou folle de... En mode de nous demander de la cohérence aussi, mais en termes d'identité, de ne pas pouvoir donner de la cohérence à soi-même juste dans les journées qu'on vit.* ».

La folie ou la neurodivergence, ici, ne sont pas secondaires : elles participent à une forme d'indétermination constitutive de soi, où l'identité n'est pas seulement instable, mais par définition mouvante (Baril, 2017). Ce refus ou cette impossibilité de la fixité ou de la cohérence imposée se traduit ainsi par exemple : « *J'ai l'impression que les choses sont beaucoup plus fluides que ça, en vrai [...] mes vécus fous me génèrent une fluidité [...] une grande difficulté à rester cadré dans des normes de genre strictes.* » (B.). Cette indistinction entre ce qui relèverait du psychique ou du genre peut rendre difficile la nomination, alimenter le doute, et produire un sentiment d'illégitimité renforcé. Lorsque ce qui est considéré comme possible et envisageable se borne à des normes exclusives, il s'avère difficile d'accepter pour soi des chemins de désirs non admis : « *J'ai mis super longtemps à me dire que je pouvais être trans parce que dans ma tête, j'étais juste taré.* » (B.). On observe ici un effet durable de la (dé)pathologisation des personnes trans (Stryker, 2008). La nécessité imposée par les normes cisgenres, sanistes et neuronormatives de disjoindre ces identités pour faire sens de son vécu dans les cadres imposés, ainsi que l'impossibilité d'en être capable peuvent s'exprimer comme un facteur de détresse.

Chez Marcus, cette multiplicité se formalise dans des termes liés au lexique du trouble dissociatif, médical et militant, révélant une conception de soi fondamentalement fractionnée, en totale confrontation avec des normes de fixité et d'unité identitaire : « *Quelqu'un de multiple, une personne multiple, des multiples personnes. Tu peux utiliser aussi alter, fragment, des choses comme ça.* ». Les possibles difficultés à « nommer » ces vécus renvoient à une problématique plus large observée chez les jeunes avec des expériences de multiplicité, pour qui les termes établis apparaissent inadéquats pour décrire leur vécu ; comme l'analyse Parry (2021), qui souligne que le langage disponible peut manquer de nuance ou être perçu comme

problématique, ce qui complique l'expression de soi et contribue à l'expérience de non-intelligibilité

Ainsi, ce qui pourrait apparaître comme de l'instabilité, du trouble ou du flottement peut être appréhendé plutôt comme un mode de subjectivation située, où les identités se tissent au croisement du politique, du psychique et du relationnel (Butler, 1997). L'illisibilité, imposée par les normes sociales, peut être réappropriée : elle devient à la fois une tactique de survie face aux exigences de lisibilité institutionnelle, et un espace d'affirmation d'identités qui refusent la fixité et l'univocité (n'admettant qu'un sens comme immuable, qu'une interprétation possible).

Au-delà des tensions, plusieurs récits témoignent d'une capacité à faire sens de cette imbrication, ou du développement de réflexions et d'évolutions personnelles qu'elle stimule. L'expérimentation des pressions liées à la lisibilité au croisement trans, folx et neurodivergent peut paradoxalement mener à une émancipation et des formes de prises de conscience et d'affirmation hors-normes. Alex affirme : « *Je continue à travailler dessus (à propos de ses enjeux psy), mais ce qui est bien aussi, c'est d'avoir, au fil du temps, identifié que je fonctionnais de telle ou telle façon à cause de ça. [...] je le mets très, très en lien avec l'acceptation de ma transidentité, parce que maintenant, j'exprime beaucoup plus les choses aux gens sur... Parce qu'en fait, je voilà, je fuck les autres, quoi, s'ils sont pas contents.* ». Cette posture rejoint l'idée que la normativité cisgenre et psychique impose non seulement des cadres de vie, mais aussi des cadres de sens et de pensée.

Ainsi, bien loin de « flottements identitaires », ces vécus traduisent des subjectivités situées mouvantes et évolutives dans les relations à soi, aux autres et à l'environnement, résistante aux injonctions de fixité et d'univocité de l'être. On observe que la plasticité, la fragmentation et la multiplicité ne relèvent pas d'un déficit, mais bien davantage de manières de faire sens de soi dans un environnement normatif contraignant. Ces dynamiques révèlent à quel point l'expérience de soi est indissociable des pressions de lisibilité sociale. La fluidité et la multiplicité observées ne concernent pas seulement les identités de genre, mais s'ancrent aussi dans des expériences psychiques et cognitives hors-normes, contraintes aux croisements des cadres cisgenristes, sanistes et neuronormatifs où se construit (et se fragilise) le rapport à soi.

3.1.2 Effets psychiques et sociaux : impact des normes cisgenres et sanistes sur le rapport à soi et au corps-esprit

Si les trajectoires évoquées dans les entretiens mettent en lumière des processus d'autodéfinition mouvants et relationnels, elles révèlent également des zones de tension subjective où se jouent des doutes profonds, des sentiments de honte, des effets de morcellement ou encore un épuisement lié aux injonctions normatives. Ces manifestations, loin de relever de pathologies individuelles, apparaissent comme les effets systémiques d'un défaut de reconnaissance, d'une tension entre expériences vécues et exigences de lisibilité identitaire, de rationalité et de conformité sociale. Ces enjeux traversent les discours recueillis, donnant lieu à des narrations fragmentées, oscillantes, parfois contradictoires. Plusieurs participant.e.s décrivent cette expérience de soi fragmentée, instable, parfois difficile à relier à une continuité psychique du fait des pressions d'adaptation aux contextes.

Pour ce qui est du doute et de l'épuisement face à l'injonction à la clarté identitaire, plusieurs participant.e.s expriment un rapport conflictuel à la nécessité d'être lisible, de se « définir » de manière stable et convaincante. Alex souligne par exemple : « *Mais je manque de matière, je manque d'arguments. Et peut-être de conviction, moi-même, parce que c'est quelque chose que je sens, mais je ne sais pas.* » Cette forme de doute peut se lire non pas comme un déficit individuel mais comme un manque de place sociale et de considération pour les devenirs non-linéaires, les parcours en tension ou en invention. Comme le rappelle Butler (2004), l'exigence d'intelligibilité sociale impose une norme de cohérence narrative ; or, comme le montre Alex, ce doute n'est pas individuel mais produit par l'impossibilité de rendre son vécu lisible dans ces cadres contraints.

Il peut exprimer une injustice herméneutique (Fricker, 2007), où les cadres de langage disponibles sont trop étroits pour accueillir l'expérience vécue, laissant la personne en porte-à-faux : trop confus pour être reconnu, trop flou pour être cru. E. évoque à ce titre : « *Il y avait de la honte aussi, et beaucoup la peur d'être pas cru.* ». Ce déficit de reconnaissance nourrit une forme d'usure personnelle et politique, pouvant conduire à des formes de désengagements défensifs : « *Je me suis aussi épuisée dans le contexte politique [...] à faire de la pédagogie [...]. Et j'avais ce contentement de me dire, j'arrive à toucher un public qui a besoin de pédagogie, qui a besoin d'être éduqué, qui a besoin d'être déconstruit, et pas que sur... l'aspect queer mais sur tout le reste et ça m'a demandé une énergie dingue. [...] Ça m'a mis dans des situations de colère très intense, de colère que je ne pouvais pas libérer de par ma posture de*

gérant de bar » (Alex). Les propos d'Alex illustrent cette dynamique, tout comme ceux de C : « [...], je me battais beaucoup pour qu'on me perçoive comme je suis. »

Ce travail de justification presque constant, exigé des personnes marginalisées, notamment trans, folx et neurodivergentes, est ici désigné comme une charge émotionnelle qui épuise les ressources subjectives. Cet épuisement, vu comme effet psycho-corporel de la norme, se traduit par une sensation de morcellement de soi, de dissonance interne, parfois difficilement formulable lorsqu'il devient structurant : *« Je suis quelqu'un d'extrêmement morcelé » (C)*. Ce morcellement de soi exprimé par C. ne relève pas d'une pathologie personnelle, mais d'une condition vulnérable et fragmentée, constitutive pour des subjectivités non-normatives. Cela rappelle la réflexion de Shildrick (2012), qui propose de repenser la vulnérabilité comme fondation du soi, non pas comme faiblesse, mais comme potentiel critique face aux normes d'intégrité et d'intégralité.

Les tensions entre différents régimes de normativité participent ainsi à complexifier les expériences de soi, parfois jusqu'à provoquer ce qui est considéré comme des décrochages cognitifs ou sensoriels, qui peuvent être considérés comme constitutifs de soi dans des expériences de folie ou de neurodivergence : *« Une incapacité à pouvoir dire la vérité sur des expériences. Et du coup, ça a un peu forgé ce rapport au réel qui était faussé dès le départ » (M) & « Comme si je vivais différentes vies en même temps, et qu'il y avait une vie que je ne devais pas montrer [...] mon « Moi » s'était fracturé [...] » (B.)*

Le poids des normes de stabilité mentale et identitaire est également perçu parfois comme une source majeure de détresses psychiques. Au sens où la sensation d'impossibilité d'accès à une vérité fixe peut causer une détresse, comme pour M. : *« Et je pense que le rapport aux doutes, que ce soit la réalité ou en général, c'est ça aussi qui déclenche pas mal la folie chez moi. »*. M précise dans un commentaire que le rapport au doute ne s'arrête pas à une considération faible ; il précise que ce sont les psychoses qui prennent le plus de place et que c'est la réalité même qui n'est plus sûre : *« j'ai l'impression que t'as lu la citation avec le sens : je doute de qui je suis. Alors que c'est plus, ne plus avoir aucune idée de ce qui existe réellement, que ce soit les personnes, le passé, le fait d'être en vie, tout perd son sens et devient chargé de mille sens possible, c la disparition de la capacité à faire sens que j'appelle doute »*. Comme le note Canguilhem (2013), c'est la norme sociale qui construit l'écart comme pathologique ; le témoignage de M. illustre cette violence où le doute devient assimilé à une folie. Ce type de formulation met en évidence une lutte interne pour produire un récit cohérent, comme en témoigne E. : *« Un désir de bien faire et de correspondre qui était autant dans le genre que*

dans la neurotypie. ». Cette lutte s'exprime dans un contexte où l'incohérence, pourtant inhérente à toute subjectivité en devenir, est immédiatement suspecte. Jamie et Lain expriment cette injonction douloureuse : « *Le validisme, c'est violent et c'est partout et c'est tout le temps* » (Jamie) & « *Le côté ne jamais... pas se sentir valide, ne pas se sentir normal.* » (Lain). On retrouve notamment ici le lien avec les analyses de Baril (2017), pour qui validisme et cisnormativité se croisent, se co-composent et se renforcent dans une même logique d'exclusion des corps-esprits non conformes.

Ces doutes ne relèvent pas d'un défaut personnel de volonté, mais s'inscrivent dans un champ de forces normatives où être trans et fol constitue un écart de trop. La norme de lisibilité sociale attendue peut devenir infranchissable, car aucun récit stable ne semble pouvoir satisfaire à la fois aux exigences de genre et de « santé mentale ». Ces éléments rejoignent ainsi les démonstrations de Cohen (1997) et plus récemment celles de Pilling (2024) sur le fait que l'accès à la reconnaissance demeure conditionné par la capacité à adopter des figures respectables, socialement construites par les régimes dominants. Les incapacités à se conformer peuvent ainsi provoquer des sentiments de détresse, d'inconfort ou de souffrance. Ces récits participent d'une analyse structurelle témoignant des rapports de pouvoir qui traversent les existences trans, folx et neurodivergentes où le renoncement et l'exclusion illustrent le coût de ce système. Ce que disent ces voix, c'est une expérience intime d'une violence normative à bas bruit, qui entame parfois la possibilité même de se dire, de se croire, de se vivre. Cette impossibilité de faire sens de soi dans les cadres donnés peut être perçu comme une surcharge, générant une confusion. Le fait que les catégories ne laissent pas la place à la complexité des vécus marquent les récits. Pourtant, ce croisement *trans-mad-neuro* est parfois vécue comme un prisme critique d'appréhension de soi et des autres ainsi qu'un espace de résistance permettant de faire sens autrement.

Chez plusieurs participant.e.s la folie, la neurodivergence et la transitude sont décrites non comme des sphères séparées mais comme co-extensives et co-émergentes ce qui rejoint l'approche *neuroqueer* (Walker, 2021), qui refuse l'idée de comorbidité pour penser au contraire une manière située et critique d'habiter le monde. E. souligne ainsi : « *J'ai une différence qui a toujours été là, pour laquelle je n'avais pas les mots pendant toute mon enfance. Et je pense qu'un désir de bien faire et de correspondre qui était autant dans le genre que dans la neurotypie [...]. Pour moi, c'est vraiment deux sphères qui sont quasiment collées.* » et ajoute : « *J'ai jamais rencontré de personne trans neurotypique dans ma vie.* ». Marcus aussi parle très explicitement de ce lien : « *Je ne pense pas que dans mon cas, c'est une coïncidence que le fait*

d'être trans va de pair avec le fait d'être zinzin. ». Le genre et la psyché ne se superposent pas : ils s'informent mutuellement, affectent la perception de soi, du corps, des autres et de l'environnement.

Par ailleurs, les échanges mettent en avant des entraves systémiques et des formes d'illisibilité sociale. Il est important de rappeler que la psychiatrisation et la stigmatisation liée des existences trans n'est pas seulement un fait historique mais bien un vécu encore tangible aujourd'hui. Plusieurs participant.e.s évoquent combien le simple fait d'être trans est perçu comme une folie, indépendamment de tout diagnostic : *« Là où ça se croise c'est qu'être trans c'est être fou en soi parce que juste dans comment en tant qu'expérience de violation d'une norme implantée chez tout le monde dans nos sociétés occidentales de la binarité de genre t'es forcément vu comme fou en étant trans. »* (M.) & *« Quand t'es trans, t'es perçu comme un fou dans tous les cas. [...] Tu peux avoir un doctorat, [...] être hyper crédible et dès que tu fais ta transition, tu passes de 90 % de crédibilité à zéro. »* (C.). Cette perte de crédibilité d'office du fait de la caractéristique « trans » et de son usage stigmatisant témoigne de la perdurance de l'histoire de la pathologisation de la transitude encore de nos jours (malgré les dépathologisation catégorielles) (Styker, 2008, Espineira, 2011, 2022).

Le croisement entre transphobie et validisme est ainsi perçu non comme une simple addition de discriminations, mais comme une multiplication de normes contradictoires, ainsi qu'une invisibilisation des enjeux croisés : *« C'est même pas des trucs qui s'additionnent, c'est des trucs qui se multiplient. »* (Lain). Ce témoignage illustre parfaitement ce que Crenshaw (1989) développe à propos d'intersectionnalité : les oppressions ne se juxtaposent pas mais produisent une nouvelle configuration spécifique, irréductible à la somme des expériences prises séparément. Jamie ajoute : *« Donc, c'est des impensées, en fait. Tu penses à ça, puis tu ne penses pas au fait que la personne n'est pas unidimensionnelle. Quand tu penses aux marges, genre... Oui, elle est comme ça, elle est comme ça. Et le qualificatif te stigmatise. Tu vois, t'es trans, donc t'es que trans. Le reste... T'as sans cesse le cul entre deux chaises. »*

Il ne s'agit pas ici d'ignorer les possibles souffrances liées à ces expériences, isolées et croisées, mais de reconnaître dans leur entrelacement un potentiel de puissance critique : celle de questionner les prismes de pensée, les binarismes / dichotomies / dualités dans le rapport à soi, aux autres et à l'existence, les lignes de démarcation entre le normal et le pathologique, entre l'identité et la folie, entre l'humanité et la monstruosité. Comme le dit Marcus : *« Folie, c'est un peu l'équivalent de non-binarité en termes de santé mentale. »*. La formule de Marcus

rejoint ce que Halberstam (2005) désigne comme un mode d'existence hors des temporalités et catégories normatives : la folie, comme la non-binarité, déstabilise les dualismes institués.

Ainsi, plutôt que des identités figées, les expériences croisées de transitude et de neurodivergence viennent déborder les catégories normatives et souligner leur artificialité. Elles mettent à jour les logiques croisées de contrôle et d'assignation, tout en ouvrant des possibles pour penser autrement le genre, la santé psychique, et les manières d'habiter le monde.

3.1.3 Temporalités discontinues et reconfigurations : fluctuations identitaires, subjectivation empêchée ou retardée

Dans les échanges recueillis, les expériences de transitude, de folie et de neurodivergence ne se juxtaposent pas comme des catégories séparées, mais se croisent, s'entrelacent et se (re)définissent mutuellement en fonction des contextes. Pour la plupart des participant.e.s, ces dimensions ne sont pas additionnelles, mais structurellement imbriquées. Il ne s'agit pas seulement de vivre plusieurs expériences marginalisées simultanément, mais d'expérimenter une forme d'illisibilité sociale, voire existentielle, là où les normes cisgenres et sanistes se renforcent mutuellement pour exclure, pathologiser ou délégitimer les subjectivités en écart.

Comme l'exprime M. dans un moment d'échange menant à des contradictions expérimentées de sa part au cours de sa réflexion : il commence par expliquer une forme de différence vécue et de dissociation entre les expériences de folie et de transitude, pour finir par les lier comme à contre-cœur : « *Peut-être que c'est juste que j'arrive plus (au sens de davantage) à dissocier la transidentité des systèmes qui la jugent folle, que ce que je vis des systèmes qui jugent que ce que je vis est fou. [...] Non, les deux se rejoignent tout le temps, du coup, ça me saoule.* ». Chez Alex, le rapport au genre s'exprime par une temporalité différée et une subjectivation relationnelle : « *Je me dis que les choses se feront au moment où elles doivent se faire.* ». Il décrit sa trajectoire de manière ouverte, refusant l'idée d'un parcours trans linéaire vers un but fixe : « *Je suis beaucoup en questionnement sur ce que j'ai envie de faire, besoin de faire, et j'essaie de ne pas me faire influencer.* »,

Cette posture rejoint ce que Halberstam (2005) nomme une « temporalité *queer*⁷⁰ », une temporalité qui refuse les scripts normatifs et linéaires. Ce rapport au temps, exprime un

⁷⁰ Traduction libre de « *Queer temporality* ».

désalignement des injonctions de transitions linéaires, binaires et scénarisées des scripts dominants d'un « parcours trans » avec une fin prédéfinie, nourris notamment par l'histoire des prises en charge médicales de la transition avec les tests de vies réelles (Stryker, 2008) reproduisant des injonctions genrées binaires traditionnelles. Le refus d'Alex d'anticiper une fin prédéfinie s'inscrit dans ce temps queer qui déjoue les logiques médicales standardisées.

Notons par ailleurs que le refus d'une définition immédiate ne relève pas ici d'un flou identitaire, mais d'une volonté partagée des participant.e.s de préserver une construction de soi respectueuse de son propre rythme et de ses repères, comme l'exprime M en disant : « *Je pense qu'il y a plein de choses qui sont un peu fluctuantes au cours du temps. Donc ça vaudra peut-être le coup qu'on en parle au fur et à mesure.* » et en précisant plus tard : « *Du coup j'ai pas envie forcément non plus de le saisir entièrement juste maintenant j'ai plutôt envie de le développer d'une manière saine par rapport à moi-même, pas par rapport au regard de ce qui est sain ou quoi.* ». On assiste ici à une forme de dissociation contextuelle, où la personne n'a d'autre choix que de compartimenter ses identités pour survivre socialement, au prix d'une souffrance silencieuse.

La reconnaissance de cette fragmentation ouvre cependant parfois sur des dynamiques de recomposition comme le souligne B : « *[...] la recomposition de mon être. Je ne sais pas comment dire ça. Refaire des liens avec les différentes parties de moi, c'est quelque chose qui prend grave du temps.* ». Cette dynamique de « recomposition de soi » s'apparente à la plasticité décrite par Malabou (2005) qui rejoint aussi la capacité de se refaire et de se reconfigurer dans et par la vulnérabilité (Shildrick, 2012). Cependant, cette interconnexion vécue peut s'accompagner de difficultés et de détresses psychiques et affectives. C. exprime à plusieurs reprises combien ses états psychiques modifient profondément son rapport au genre : « *Mon état psychologique change mon rapport à ma transidentité.* » & « *Quand je suis en période maniaque [...] je vais me sentir masc, mais d'une manière... déformée.* ». Ce que décrit C. résonne avec l'approche *neuroqueer* de Walker (2021), qui conçoit la neurodivergence et la transitude comme co-extensives, affectant conjointement le rapport au corps et au genre.

Ainsi, la perception de soi et notamment son propre rapport au corps-esprit et au genre fluctue alors non seulement selon les contextes sociaux, mais aussi selon les états psychiques, créant des mouvements constants, parfois difficile à expérimenter et à comprendre pour soi : « *J'ai eu une expérience d'euphorie de genre où j'ai cru que je devenais taré.* » (Alex) & « *La*

folie, ça fait que j'ai un rapport à mon corps et mes perceptions corporelles... des trucs de dysmorpho⁷¹ un peu bizarres et qui sont pas de la dyspho⁷². » (Lain)

En somme, les temporalités discontinues et les reconfigurations / recompositions identitaires ne relèvent pas d'une défaillance individuelle mais d'une subjectivation traversée par des normes cisgenristes, sanistes et neuronormatives qui contraignent les rythmes et modes d'existence. Les contraintes de lisibilité identitaires imposent des vécus « scénarisé » normés où il faut presque savoir qui l'on est (en tout endroit et en tout temps) dès la naissance avec une assignation sexuée / genrée / racisée / classifiée qui est aussi validiste et neuronormative. Les fluctuations présentées ouvrent ainsi aussi sur un enjeu collectif : comment se rendre lisible, ou au contraire se protéger par l'effacement, dans des contextes où la reconnaissance est conditionnée par une conformité fonctionnant comme un diagnostic différentiel (parfois impossible à atteindre). C'est cette tension entre invisibilité protectrice et désir de reconnaissance qui est développée ensuite.

3.1.4 Invisibilité protectrice et désir de reconnaissance : stratégies paradoxales de lisibilité et d'effacement

Les récits recueillis témoignent d'une tension entre deux aspirations contradictoires : d'un côté, la volonté d'être vu.e, reconnu.e et nommé.e pour ce que l'on est ; de l'autre, la nécessité de se protéger par des formes d'invisibilité, de retrait ou de dissimulation. Cette ambivalence ne relève pas d'un paradoxe individuel, mais d'un rapport social façonné par des cadres normatifs cisgenres et sanistes, où la reconnaissance est trop souvent conditionnelle et exposante. Les récits ici rejoignent l'analyse de Pilling (2022), qui montre comment la quête de lisibilité pour les personnes trans et folles ouvre la voie à des violences supplémentaires.

Certain.e.s décrivent un sentiment de morcellement (faisant écho à la fragmentation 3.1.1) lié à la nécessité de devoir moduler, voire de taire, certaines dimensions de soi selon les contextes traversés. Ce morcellement évoque ce que Goffman (1963) décrivait comme un travail constant de gestion de stigmates, où l'individu module son expression de soi en fonction des cadres sociaux traversés. Ce n'est pas ici l'expression d'une identité plurielle choisie, mais une adaptation contrainte aux exigences contradictoires de chaque cadre social : « *Quand je*

⁷¹ Diminutif de dysmorphophobie.

⁷² Diminutif de dysphorie.

vais voir ma famille, il y a la moitié de ma famille qui m'appelle C, mais qui me considère comme une fille. Et l'autre moitié qui m'appelle avec mon dead name et qui me considère comme une fille. Quand je viens à (ville), avec mes amis, c'est comme ça, avec l'HP, c'est comme ça. Avec (une équipe d'accompagnement psy), c'est comme ça. Avec l'église, c'est comme ça. Je suis extrêmement morcelé. [...]. Et j'ai l'impression de mentir sur qui je suis. Je ne sais pas qui je suis, en fait. ». La tension entre faire sens de son expérience et ne pas être conforme aux normes de lisibilité semble avoir pour effet notamment de positionner certain.e.s des participant.e.s dans des difficultés morales. Il est difficile de dire son expérience mais la sensation du mensonge pèse par ailleurs.

Le terme « morcelé » désigne une désintégration des repères identitaires dans un contexte où la personne n'est pas reconnue. Ces conflits internes sont produits et renforcés lorsque différents éléments identitaires et expérientiels sont accueillis de manière divergente dans différents contextes sociaux, lorsqu'ils entrent en contradiction avec les attentes⁷³ de ces différents contextes. Le morcellement s'accroît lorsque cohabitent plusieurs régimes normatifs aux prescriptions divergentes : comme ici religieux, médicaux, sociaux. Les appartenances qui pourraient être revendiquées dans un espace deviennent inadmissibles dans un autre : « *La transidentité plus la religion, déjà, c'est extrêmement compliqué. En plus, avec la neuroatypie, c'est encore pire.* » & « [...] *ça se trouve effectivement dans la sagesse divine, ce n'est pas sain et ce n'est pas normal d'être queer. Et je dis, comment on fait ? Et là, comment on fait ? Comment on fait ?* » (C.). Ce morcellement est alors moins une question de choix identitaire qu'une réponse contrainte à des systèmes d'injonctions incompatibles. On observe ainsi un poids différentiel des appartenances en fonction des différentes injonctions.

Dans certains récits, la hiérarchisation des risques amène à reléguer au second plan une dimension identitaire pour concentrer l'énergie sur une autre, jugée plus problématique ou plus stigmatisée dans le contexte vécu : « *J'ai l'impression qu'être une meuf trans, c'est moins un problème dans ma vie qu'être folle. Je pense qu'au début de ma transition, ça a été un gros truc, la transness. Je pense qu'au fur et à mesure, normalement, au fur et à mesure, t'as plus de passing, t'as moins de problèmes. La transition devient plus gérable [...]. Mais plus je vieillis, plus je me dis que la folie, en fait, c'est un gros problème. Enfin, c'est très structurant, plutôt.* » (Lain). Comme le suggère Baril (2015), certaines identités minorisées deviennent plus difficiles

⁷³ Notamment entendues comme conditions d'accès et d'acceptabilité.

à vivre que d'autres selon les contextes. Ce que décrit Lain, c'est précisément une hiérarchisation des vulnérabilités, où la folie apparaît plus structurante que la transitude.

Ce glissement témoigne non d'un effacement identitaire, mais d'un réagencement des enjeux existentiels et politiques en fonction de la matérialité des contraintes vécues. Néanmoins, Lo de son côté expose des effets liés (sans forcément les mettre au même niveau) sur les conséquences du sanisme et de la transphobie : « *Être visible comme trans ou comme fou, tu vas perdre de l'accès* ». Par ailleurs, Jamie expose une autre réalité complexe des effets du sanisme dans son vécu : « *Moi, comme c'est invisible, en fait, le truc, c'est que j'ai passé ma vie à ce qu'on ne me croit pas* ». Ce vécu rejoint ce que Dotson (2011) appelle la « violence épistémique », où les voix minorisées sont systématiquement mises en doute, produisant un effacement structurel.

Ainsi, ces enjeux, parfois contradictoires, mais aussi complémentaires, ont pour effet de produire des oscillations entre retrait et affirmation. Les participant.e.s expriment des mouvements d'aller-retour entre un effacement protecteur et une affirmation plus assumée. Parfois, le retrait succède à une période d'exposition vécue comme trop coûteuse comme pour C. qui parle du fait d'avoir essayé d'être reconnu et de transmettre sa réalité sur soi aux autres mais témoigne : « *Et maintenant, j'ai abandonné.* ». Cette même forme de résignation semble transparaître dans le récit de Lain où l'invisibilité semble préférable : « *Tant que je peux être cachée, vivons caché.e.s.* ». Ces renoncements rappellent ce que Smilges décrit, à propos des silences queer et handi, lorsqu'il dit : « *Ainsi, je positionne le silence comme une absence rhétorique : une lacune qui renvoie à un sens trouvé ailleurs.*⁷⁴ » (2022, p11). Ce qui amène à voir ces silences non pas comme simple absence mais comme effet des violences normatives. Ces enjeux liés à l'exposition, entre visibilité et risque, reconnaissance et bénéfice, traversent mes réflexions et les doutes dans la production de ce type de travail : « *Il y a des endroits que je trouve touchy⁷⁵ dans les données que je traite aussi, des personnes, de qu'est-ce que je dis ou pas aussi, notamment sur les intersections folie-transidentité, de à quel point ça peut être un risque de re-pathologiser très fort les personnes ou pas.* » & « *La manière dont j'aborde le sujet, quels extraits je vais mettre, la manière dont je vais analyser, la manière dont je vais écrire, j'essaie de faire attention à ce que ce ne soit pas facilement récupéré d'une manière trash* » (B.)

⁷⁴ Traduction libre : « *In this way, I position silence as a rhetorical absence: a lacuna that harkens to meaning found elsewhere.* »

⁷⁵ Traduction libre : Délicat, à manier avec précaution.

À l'inverse, d'autres récits traduisent une volonté plus assurée de se libérer des stratégies d'adaptation aux attentes extérieures : « *Maintenant, j'exprime beaucoup plus les choses aux gens sur... Parce qu'en fait, je voilà, je fuck les autres, quoi, s'ils sont pas contents.* » & « *J'ai plus forcément envie d'être dans la stratégie pour m'adapter aux autres. Je me dis, à un moment, ils peuvent bien, eux aussi, s'adapter un peu à moi.* » (Alex). Ce basculement vers l'affirmation de soi rappelle ce que Clare (2017) appelle une réappropriation de la « brillante imperfection⁷⁶ », comme un refus de se conformer aux attentes normatives. On peut aussi penser ici ce qu'Awkward-Rich (2022) décrit comme un « *maladjustment* » revendiqué, à savoir une posture où le mal-ajustement, la mal-adaptation aux normes devient une stratégie critique et un moyen de se penser autrement. Ces oscillations ne reflètent pas une instabilité personnelle, mais l'ajustement permanent à des rapports de force mouvants. Comme le traduit M., elles s'opèrent principalement lorsque l'on fait face à : « *L'incapacité de pouvoir faire comprendre cette différence-là* ». Ces oscillations donc illustrent ce que Fricker nomme l'injustice herméneutique, car là où le langage, les catégories ou les ressources ne suffisent pas pour se rendre intelligible à des groupes dominants ce sont les actes : se montrer ou se cacher, qui deviennent des prises de position dans un espace social hostile.

En somme, les vécus décrits révèlent que l'invisibilité protectrice et le désir de reconnaissance ne fonctionnent pas en opposition binaire : ils coexistent, s'articulent, se négocient et se reconfigurent en fonction des contextes traversés et des rapports de pouvoir qui les structurent. La visibilité, loin d'être un simple vecteur d'affirmation, expose aux violences cisnormatives et sanistes ; l'effacement ou le choix de la non-visibilité, loin d'être uniquement un renoncement, devient parfois une stratégie pour préserver son intégrité. Mais par ailleurs l'invisibilité est parfois subie parce que la lisibilité est impossible, et pas uniquement choisie comme tactique. Cette tension permanente façonne la subjectivation : elle détermine les contours de ce qui peut être dit, montré ou revendiqué à un moment donné, et influence la manière dont chaque personne se pense et se vit. Elle prépare ainsi le terrain aux formes de réponses plus intentionnelles, individuelles ou collectives, qui seront explorées plus loin, lorsque l'expérience de cette tension se mue en tactiques assumées de résistance et de protection.

⁷⁶ Traduction libre de : « *Brilliant imperfection* ».

3.2 Dispositifs de soin, violences institutionnelles et pathologisation croisée

Les expériences subjectives précédemment présentées ne peuvent être appréhendées sans prendre en compte les contextes institutionnels dans lesquels elles prennent formes. Les participant.e.s rappellent que les dispositifs psychiatriques et médicaux ne se contentent pas de soins ou d'accompagnement mais sont des institutions de contrôle et de régulation. Elles diagnostiquent, classent et orientent les existences à travers des grilles de lisibilité normatives issues d'une histoire coloniale, patriarcale et capitaliste⁷⁷. De plus, les normes cisgenristes, sanistes et neuronormatives se renforcent dans des pratiques concrètes, rendez-vous, internements, protocoles, évaluations, diagnostics, et autres qui réduisent des subjectivités complexes à des catégories pathologiques. Ainsi, dans cette partie est analysée la manière dont les institutions médicales et psychiatriques cadrent les trajectoires trans, folles et neurodivergentes, et comment ces cadrages, loin de protéger, peuvent engendrer violences, silenciations et injustices épistémiques.

3.2.1 Soin ou discipline ? Soins contraints et coercition psychiatrique

Dans les échanges avec les participant.e.s, la psychiatrie n'apparaît pas comme un espace neutre de soin. Elle est décrite comme un système où l'accès à l'aide et soins se paie, parfois au prix de renoncements, de violences et d'un contrôle constant. Les récits recueillis montrent combien l'institution psychiatrique et ses acteurs peuvent exercer un pouvoir de contrainte directe sur les parcours des personnes trans, neurodivergentes ou psychiatisées. La coercition prend des formes variées : hospitalisations forcées, contentions physiques, traitements imposés, conditions restrictives pour accéder à des soins ou à des droits. Ces récits s'inscrivent dans une longue histoire de la psychiatrie comme espace de coercition et de discipline (Foucault, 1975), où les pratiques de contention et d'électrochocs, loin d'être marginales, traduisent une logique structurelle de normalisation (Burstow et al., 2014). Elle s'exerce aussi dans des situations où le refus d'adhérer au cadre imposé entraîne la perte d'un accès aux ressources nécessaires (hormones, suivi médical, soutien administratif). Cette conditionnalité rejoint ce que Spade (2011) décrit comme une forme de violence administrative,

⁷⁷ Se référer à l'état de l'art.

où l'accès à des droits fondamentaux devient subordonné à la conformité aux protocoles imposés. Ainsi, derrière un discours de protection, ces pratiques traduisent un pouvoir de normalisation et de contrôle, où accepter le cadre imposé devient la condition d'un accès aux ressources vitales.

Ainsi, pour plusieurs participant.e.s, l'expérience psychiatrique se traduit avant tout par des pratiques coercitives, où la perte de liberté et le contrôle sur le corps s'imposent au nom du soin. C. décrit des périodes d'enfermement de plusieurs semaines en hôpital psychiatrique sans jamais voir de médecin, dans un environnement marqué par la violence et l'insécurité : « *C'est très dangereux d'être à l'HP parce qu'on se fait violer souvent.* » Il rapporte également des maltraitances directes et le recours imposé à la sismothérapie : « *Elle m'a fait faire de la sismothérapie (...) C'est des électrochocs dans le cerveau. Donc, je n'avais plus aucune mémoire, mais absolument aucune. Je vomissais tout le temps et tout. C'était une horreur.* » & « *Elle me maltraite. Concrètement, elle me maltraite* ». Pour lui l'hôpital, loin de constituer un refuge, devient « *l'endroit où on est le plus invisible et surtout le plus prisonnier parce qu'on ne peut pas en sortir.* ». B. parle de violence psychiatrique institutionnelle, décrivant la contention et la sédation massive comme réponses quasi systématiques : « *J'ai été en contention [...] très shooté au médoc* », et à la suite de décisions prises sans concertation avec lui : « *Ah, vous êtes ci, vous êtes ça, on va vous mettre ci, on va vous faire ça* ». Lo souligne enfin qu'« *au nom du soin, il y a des pratiques complètement abusives qui sont justifiées. Parce que du coup, c'est OK d'enfermer quelqu'un et de l'attacher si ça permet de la protéger, de sauter la vie, par exemple. Donc il y a des sortes de justifications* »

Au-delà des contraintes physiques, la psychiatrie agit aussi comme un dispositif de contrôle qui conditionne l'accès à certains droits ou soins. Pour Lain, cette coercition se manifeste aussi dans les interactions hors hospitalisation, sous forme de chantage au soin : « *La médecin m'a dit : « bon, c'est assez simple, soit vous allez vous faire internier, soit je ne vous aide pas à avoir votre aménagement d'études* ». La menace d'internement devient ainsi un outil de pression qui conditionne l'accès à l'aide et à des aménagements nécessaires. À cette logique de restriction s'ajoute celle du fichage et de la traçabilité des parcours psychiatriques. Lain évoque ainsi l'impossibilité de se rendre aux urgences sans que son passage antérieur dans un grand hôpital psychiatrique de [ville] ne soit immédiatement connu, ce qui conditionne la manière dont les professionnel.le.s la reçoivent : « *Je ne peux plus jamais aller aux urgences à [ville] sans que les gens sachent que je suis allée à [nom de l'hôpital psychiatrique].* » Pour Alex, l'accès à certains soins médicaux liés à la transition est conditionné au respect d'un

protocole ou de pratiques psychiatriques qui perdurent, ce qui place la personne dans une situation de dépendance contrainte : « où là, tu es obligé.e d'avoir un suivi d'un certain domaine où tu es obligé.e ».

Cette conditionnalité, justifiée par des discours de prudence ou d'évaluation, renforce l'asymétrie de pouvoir entre patient.e et institution, en faisant de l'accès au soin un privilège soumis à validation plutôt qu'un droit. Par ailleurs Lo rappelle que cette structuration qu'est la psychiatrie n'a pas pour finalité première le soin : « *La psychiatrie n'est pas pensée pour le soin, elle est pensée pour éviter le danger* », ce qui déplace la relation thérapeutique vers une logique sécuritaire. Ce rôle sécuritaire s'inscrit dans ce que Castel (1976) analysait déjà comme la mission implicite de l'institution psychiatrique : non pas soigner mais réguler les dissidences jugées menaçantes pour l'ordre social. Cette fonction sécuritaire légitime l'imposition de mesures restrictives, intrusives ou violentes au nom de la protection, qu'elle soit réelle ou présumée. M. souligne enfin que cette orientation se traduit dans les pratiques quotidiennes : « *L'institution psychologique ou psychiatrique a toujours été présente et c'était des discussions qu'il y avait dans ma famille en mode très médical par rapport au soin mental, en mode : « il faut se rendre fonctionnel »* », avec un accueil souvent défavorable pour ceux qui ne correspondent pas aux attentes de conformité comportementale. Dans cette perspective, le rôle implicite du dispositif psychiatrique n'est pas tant d'accompagner la personne dans ses propres besoins que de conformer aux normes hégémoniques de productivité et de stabilité.

Cependant, au-delà des contraintes structurelles, les participant.e.s décrivent des interactions directes avec les professionnel.le.s témoignant de rapports de pouvoir totalement asymétriques. Iels en précisent le caractère souvent invalidant et parfois ouvertement maltraitant. Que ce soit dans le cadre de rendez-vous, d'évaluations diagnostics, ou d'internements, ou pour des parcours de transition, ces récits illustrent comment la relation de soin peut devenir un espace de violence sur le corps-esprit. Alex raconte ainsi un épisode marquant où un diagnostic lui est attribué sans qu'aucune discussion préalable ne soit menée, sans même qu'il ne soit présent dans ce cadre pour lui-même, réduisant sa subjectivité à une étiquette médicale prononcée unilatéralement : « *Il me diagnostique sans me parler. C'était d'une violence inouïe. [...] Ça lui semblait tellement évident que je ne l'ai pas senti ni odieux, ni condescendant, ni malveillant.* ». Cette absence d'échange et de considération s'accompagne parfois de propos invalidants qui nient directement l'existence même des identités exprimées par les patient.e.s. Alex se souvient ainsi d'une professionnelle affirmant : « *La non-binarité, ça n'existe pas. Ça veut dire que vous n'êtes personne.* ». Ces deux expériences mettent en

avant le détachement des professionnel.le.s de soin vis-à-vis de lui et du manque de considération même de l'impact possible que ces propos peuvent avoir. Cela démontre un manque de responsabilité important dans une situation de pouvoir générant une assise d'autorité dans la relation.

Pour Jamie, la violence relationnelle ne réside pas seulement dans le diagnostic, mais dans la projection continue de préjugés et de stéréotypes par les psychiatres rencontrés au fil de sa vie : « *J'ai vu des psychiatres toute ma vie [...]. Et j'ai trouvé plein de gens qui projetaient des grosses conneries sur moi en général. [...] Les gens qui voyaient en moi ce qu'ils voulaient voir et qui finalement, ils n'étaient pas réellement dans l'aide. Parce que quand tu n'écoutes pas quelqu'un et que tu te contentes de projeter des trucs ou d'appliquer des solutions toutes faites, tu n'es pas vraiment dans l'aide.* ». Les biais et préjugés des professionnel.les entament la confiance dans les relations de soin. Ces éléments participent à créer un climat de méfiance et de défiance. En plus de cela, le manque de reconnaissance tend à faire perdre sa capacité d'envisager les dispositifs de soin comme des soutiens, pour ne plus les envisager que comme dangers pour soi. Certain.e.s apprennent à composer avec ce rapport de force, mais au prix d'une vigilance constante. E. évoque ainsi l'idée d'obtenir un diagnostic stratégique, décrit comme « une arme dans la poche », tout en sachant que le contexte relationnel reste défavorable et potentiellement disqualifiant. De plus, la peur de l'enfermement, de l'incompréhension et du jugement hante également les parcours, comme le décrit Marcus, qui compare l'hôpital psychiatrique à un espace d'incarcération : « *Je pense que juste le fait qu'on pense à l'hôpital psychiatrique comme une prison, c'est une comparaison qui est affolante.* ». Ces expériences témoignent d'un cadre relationnel organisé de telle manière à ce que la parole de la personne soit souvent minorée, suspectée ou niée, et où la dissymétrie de pouvoir expose à des risques de maltraitance, voire de danger vital.

Les logiques psychiatriques ne se limitent pas à répondre à une détresse ou à un danger : elles participent d'un dispositif plus large de gestion des populations, où « protéger » signifie souvent surveiller, discipliner, voire neutraliser. La psychiatrie apparaît alors comme un rouage de ce que Ben-Moshe (2020) décrit comme un continuum carcéral, où la gestion des « indésirables » relève autant du médical que du sécuritaire. Les témoignages rapportent des expériences d'intrusion et de contrôle sur le corps et la vie quotidienne, justifiées par un discours de protection ou de sécurité publique, mais vécues comme des violences physiques et psychiques. Ces pratiques abusives justifiées au nom du soin, entretiennent une culture institutionnelle où la contrainte est normalisée. La psychiatrie apparaît moins comme un espace

de soutien thérapeutique que comme un dispositif de gestion du danger : surveillance et contrôle. Dans ce contexte, le « soin » devient indissociable de la discipline : il ne s'agit pas seulement de soulager une souffrance, mais de normaliser, de rendre conforme un comportement ou une identité. Les personnes concernées par ces contacts se retrouvent alors face à un choix contraint : se plier aux protocoles, au risque de subir des violences institutionnelles, ou se retirer des dispositifs de soin, au risque de perdre un accès vital à certains traitements ou ressources. Si ces logiques tendent à concerner toutes les personnes psychiatisées, puisqu'elles concernent la psychiatrie, elles prennent une intensité et une forme spécifique en fonction des personnes, des structures et des contextes.

Ces expériences de contrainte rappellent que la psychiatrie agit comme un dispositif disciplinaire généralisé. Mais pour les personnes trans, folles et neurodivergentes, cette logique prend une dimension spécifique car la suspicion et la coercition se cumulent et se renforcent mutuellement. Rappelons qu'être trans, c'est risquer d'être immédiatement perçu.e comme folx. Par ailleurs, être folx ou neurodivergent, c'est voir sa parole / son existence trans disqualifiée ou son identité réduite à un symptôme. Les témoignages révèlent ainsi une superposition d'étiquetages où chaque dimension alimente la méfiance et la violence potentielle envers l'autre, enfermant les personnes dans un régime de risque et de contrôle renforcé. Le soin devient alors indissociable d'une assignation pathologique, où la complexité des vécus est réduite à des identités médicalisées. C'est ce processus de pathologisation croisée et de réduction identitaire que nous examinerons ensuite.

3.2.2 Pathologisation croisée et réduction identitaire : croisements cisgenrisme / sanisme

« Il y a une grosse intersection transphobie-validisme qui me préoccupe pas mal » (Jamie)

Lorsque transitude, folie et neurodivergence se croisent, les pressions médicales se renforcent et de co-construisent. Comme l'ont montré notamment Baril (2015) et Pilling (2022), ces dynamiques ne relèvent pas d'une addition mais bien d'une co-pathologisation, qui produit des effets spécifiques d'exclusion et de contrôle. Dans les espaces psychiatriques et médicaux, ces identités sont souvent lues l'une à travers l'autre : la transitude devient symptôme d'un trouble, la folie une conséquence d'une identité trans. Cette double pathologisation ne se résume pas à la somme de deux discriminations : elle produit des effets spécifiques ; invisibilisation,

violence et contrôle accru, perte de droits, accès restreint aux soins et renforce la dépendance à des dispositifs souvent hostiles. Les personnes concernées se voient contraintes de dissimuler ou de conformer leur récit aux attentes médicales pour obtenir une reconnaissance ou un traitement. Dans ce cadre, la relation de soin cesse d'être un lieu de soutien sécurisant pour devenir un espace de gestion et de normalisation des corps et des vies jugés déviants.

Plusieurs participant.e.s, décrivent la manière dont la transitude est directement interprétée comme une manifestation d'un trouble ou d'un symptôme psychiatrique, comme « Un supposé de folie chez les personnes trans. » (E.). C. raconte : « *Il y a très peu de trans dans les HP. Du coup c'est perçu comme un symptôme supplémentaire de la psychose ou de la dépression* ». Cette perception entraîne un refus explicite de reconnaissance « *Ce n'est pas du tout respecté ni par les infirmières, ni par les patients, ni par personne, ni par les docteurs.* » (C.). Lain confirme que, pour certaines catégories psychiatisées, la transition est purement et simplement interdite : « *Je sais que les personnes psychotiques, on leur interdit de transitionner* » ; ou encore : « *Vous êtes trans ? Mais on vous autorise à être trans quand vous êtes schizophrène ?* ». Jamie ajoute : « *Je pense que si les médecins avaient su que j'avais un diagnostic d'autisme, je suis sûr que mon parcours n'aurait pas été aussi « simple »* ». Cette conditionnalité des droits, où l'accès au soin est suspendu à une conformité normative, rejoint l'analyse de Spade (2011). Ces lectures pathologisantes entraînent des conséquences matérielles : perte d'accès à des droits, suspension ou refus de soins transaffirmatifs, ce qui renforce l'isolement et la dépendance à des dispositifs parfois hostiles qui conditionnent leur aide à une conformité comportementale.

Ainsi, un climat d'insécurité dans les espaces psychiatisés se dégage de l'expérience au centre de cette double assignation identitaire. Comme l'indique Marcus, le croisement entre transitude et expérience psychiatrique se traduit par un environnement globalement plus menaçant. Aer décrit ainsi la manière dont l'hôpital psychiatrique, déjà perçu comme un espace de contrainte, devient encore plus hostile lorsqu'on est une personne trans : « *Ça rajoute encore plus avec la couche de personnes trans, parce qu'encore plus, tu vas avoir peur. C'est comme, j'ai envie de dire, c'est comme en prison. En tant que personne trans, tu vas bien sûr craindre la violence, le jugement, la hiérarchie, tu vas potentiellement être isolé, tu vas potentiellement être mise à l'écart.* ». Cette peur englobe la violence physique, le jugement, l'isolement et la hiérarchisation interne, allant « *d'un degré minimum jusqu'à un degré maximum de mise à l'écart* » (Marcus). De plus, ce parallèle carcéral souligne l'accumulation des risques : violences physiques ou sexuelles, isolement imposé, hiérarchies internes discriminatoires. Cela illustre à

nouveau le continuum entre psychiatrie et prison de Ben-Moshe (2020), où toutes deux fonctionnent comme dispositifs de gestion sécuritaire des populations marginalisées. Dans ces environnements, la suspicion ne concerne pas seulement l'identité ou la santé psychique : elle touche l'ensemble des comportements et des choix de vie, augmentant le risque d'exclusion ou de sanctions.

L'effet combiné de la transphobie et du validisme se traduit aussi par un accès restreint, voire conditionnel, aux soins mais Lo rappelle que le « mal-être » pouvait paradoxalement servir d'argument pour obtenir des hormones. Précisant quand même que ce levier se retourne contre la personne dès lors qu'il alimente un soupçon d'irrationalité ou de manque de discernement : « *Ne pas trop en montrer non plus, parce que si t'as l'air trop crazy⁷⁸, ils vont te délégitimer ou t'infantiliser.* ». Autrement dit, il faut prouver une souffrance codifiable, vérifiable, acceptable pour espérer obtenir des droits, quitte à endosser un récit de pathologie qui ne correspond pas toujours à l'expérience vécue. Pour se protéger, beaucoup limitent volontairement les informations partagées avec les professionnel.le.s de « santé mentale », ou choisissent de dissocier strictement les aspects santé psy et transition : « *Ça m'a posé plus de problèmes qu'autre chose. Ça peut être dangereux de révéler sa transidentité dans le corps médical.* » (C.) ; « *Même si je suivais un parcours balisé, validé par l'institution médicale pour ma transness, en fait, il serait toujours au risque d'exploser si mon diagnostic psy était dévoilé.* » (Lain). Ces stratégies défensives sont coûteuses : elles impliquent de taire des dimensions centrales de son expérience, de composer avec des récits qui ne reflètent pas fidèlement le vécu, et de vivre dans un état de vigilance permanente : « *Comment tu fais pour demander du soin qui soit un soin adapté si tu te sens en risque de dire des parties de toi qui sont des énormes parties de ta life ?* » (B.)

Ainsi, Lo explique qu'il faut « *éviter de donner des billes* » aux psychiatres, tant la moindre information partagée peut se retourner contre la personne dans les décisions médicales ou administratives. Plusieurs participant.e.s décrivent la difficulté à trouver des professionnel.le.s capables de prendre en compte l'ensemble de leurs identités et vécus, sans suspicion ni réduction : « *Flemme de la double pathologisation pour choper des hormones, quoi.* » (Lain). Cette insécurité conduit certain.e.s à renoncer aux soins, à limiter les informations divulguées ou à se conformer à des récits stratégiques. L'accès aux soins n'est donc pas seulement conditionné par la disponibilité de ressources, mais aussi par la possibilité

⁷⁸ Traduction libre : fol / fou / folle / dingue / taré / barge etc.

de s'y engager sans craindre la délégitimation, la perte de droits ou des violences matérielles et symboliques.

Dans ce cadre, l'entrecroisement des logiques cisgenristes et sanistes ne se limite pas à restreindre l'accès aux droits ou aux soins : il agit aussi sur la perception de soi, altérant la confiance et la légitimité à parler de sa propre expérience. Plusieurs participant.e.s décrivent un rapport aux professionnel.le.s marqué par l'infantilisation et le gaslighting⁷⁹, qui les place en position de mineur.e.s perpétuel.le.s abusés dans leurs propres trajectoires. Lo l'évoquait ainsi comme le moment où, face à des psychiatres, il faut « *éviter de donner des billes* » car toute expression jugée excessive ou « *trop crazy* » peut se retourner contre la personne, justifiant une mise sous tutelle symbolique ou matérielle ou un refus de soin. Cette dynamique de discrédit peut aller jusqu'à nier la réalité même de ce qui est vécu : « *Ils vont dire non, mais c'est juste une phase [...] c'est pas réel* » (Lo).

Pour Jamie, cette négation prend une forme systémique : « *quoi que tu dises [...] ça sera nié* » ; ou encore : « *t'inventes, t'es pas vraiment trans* ». L'expérience décrite par Jamie illustre une injustice testimoniale (Fricker, 2007), où la parole est systématiquement dévaluée en raison de préjugés identitaires, mais aussi ce que Prendergast identifie comme un « *rhetorical black hole*⁸⁰ » pour les personnes handi-psy, à savoir un effacement de la parole à travers une incapacité (préjugée ou effective) de faire sens (commun) (2003, p198). Ce mécanisme d'invalidation permanente construit un climat où la personne doit en permanence se justifier, souvent sans être crue. E. résume cette charge psychique en ces termes : « *Un des grands trucs qui me fait peur dans la vie, c'est la contradiction [...] j'ai peur qu'on ne me croie pas* ».

Ces pratiques discursives et relationnelles ne sont pas de simples malentendus : elles s'inscrivent dans un système où certaines catégories de personnes sont présumées irrationnelles ou incapables d'autodétermination. Alex en parle lorsqu'il parle de sa psychiatre lui ayant dit : « *La non-binarité, ça n'existe pas. Ça veut dire que vous n'êtes personne.* », mais qu'après lui avoir davantage parlé et fait de la pédagogie elle a entendu son vécu et sa réalité. On voit bien dans ce cadre que le préjugé est quasi-instinctif et enraciné, et que de le déraciner demande du

⁷⁹ Définition issue d'Info-aide violence sexuelle : « Le gaslighting, c'est une forme d'abus mental. C'est quand quelqu'un qui maltraite une autre personne va s'arranger pour que celle-ci remette en question son propre jugement et sa perception de la réalité. ». Consultable sur :

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://infoaideviolencesexuelle.ca/gaslighting-et-gaslighting-sexuel/&ved=2ahUKEwiQkpuMjZyPAxXALUQIHfj_DsUQFnoECBgQAw&usg=AOvVaw29exVT_rpLJIVEns5F-aN

⁸⁰ Traduction libre : « un trou noir rhétorique ».

temps, de l'énergie et de l'échange. Néanmoins, ce type de négation radicale incarne ce qu'Ahmed (2017) précise lorsqu'il parle du fardeau de ne pas être cru.e comme une expérience récurrente pour les minorisé.e.s dans leurs interactions institutionnelles. Cette négation de l'existence produit un effet durable de réduction identitaire et de désobjectivation. Lain condense cette réalité en une formule : « *ce n'est pas une addition, mais une multiplication des violences.* ». Sa formulation rejoint le cadre de l'intersectionnalité proposé par Crenshaw (1989), où l'expérience de l'oppression croisée est irréductible à la somme de discriminations distinctes, ainsi on peut s'interroger sur l'accumulation du poids du fardeau au croisement de différentes identités minorisées et ce que cela peut produire sur des êtres et des communautés.

Ainsi, l'impact psychique se manifeste par un sentiment d'illégitimité persistant, qui pousse à l'autocensure, à l'hypervigilance, et à l'intériorisation d'un doute constant sur soi. Comme le formule C., « *dès que tu fais ta transition, tu passes de 90 % de crédibilité à zéro* ». Dans ce contexte, la relation de soin peut devenir un espace de désappropriation de soi, où la parole et l'expérience sont systématiquement mises sous tutelle. À cette dépossession s'ajoute une réduction unidimensionnelle des identités. Plusieurs participant.e.s décrivent l'impossibilité, dans le regard médical ou social dominant, d'être reconnu.e comme à la fois trans et folx ou neurodivergent.e. Jamie résume cela en plusieurs parties : « *T'inventes, t'es pas vraiment trans, ça va se passer [...] c'est impossible d'être les deux* ». L'une des conséquences de cette lecture est que la transitivité tend à effacer toute autre dimension identitaire, et inversement, ajoutant « *T'es trans, donc t'es que trans* » (Jamie). Cette simplification forcée nie la complexité des trajectoires et des vécus, enferme les personnes dans une seule catégorie stigmatisée en fonction des contextes, et les maintient dans un entre-deux (voir davantage que deux) inconfortable : « *T'as sans cesse le cul entre deux chaises* » (Jamie).

Cette réduction s'intensifie dans les moments de grande vulnérabilité : « *Des fois, quand t'es vraiment super, super mal [...] que t'as plus la possibilité d'avoir le pied sur le frein, c'est là où c'est compliqué [...] Parce que toi, t'es vraiment en danger.* » (Jamie). À cela s'ajoute les propos de Lain : « *Je ne serais jamais vraiment une meuf... je suis trop folle.* » & « *Je pense que j'ai peur de me faire rattraper en mode de me faire rattraper pour folie et que ça en profite pour rajouter une petite couche de transphobie* ». Ces propos illustrent la manière dont le sanisme peut miner la légitimité de genre et renforcer l'exposition à la violence. Même en parvenant à éviter le contrôle psychiatrique, Lain reste habitée.e par la peur d'être « rattrapée ». Cette crainte alimente un état de vigilance constante dans les espaces médicaux. Le sanisme agit aussi sur la reconnaissance même du genre, dégenrant et déssexualisant les personnes

psychiatisées : « *Les personnes folles sont perçues comme déssexualisées, dégenrées* », rappelle Lain. A savoir qu'iels sont ne sont plus perçus comme des individus à part entière, mais comme sujet psychiatrisé, indésirable, amoindri, sans agentivité.

A cela s'ajoute les oppressions intersectionnelles : Lain témoigne que « *les meufs transracisées [...] finissaient toujours contentonnées [...] Et après, en plus, à l'intérieur de l'HP, elles subissaient beaucoup d'humiliations, de trucs transphobes de la part des personnels soignants.* », montrant comment sanisme, racisme et transphobie se combinent et s'alimentent dans les lieux de soin ou d'enfermement. Pour M., la double pathologisation ne se traduit pas seulement par un rejet ponctuel, mais par un système qui ne « *permet les existences que si elles sont [...] comme si tu pouvais en faire des formulaires, [...] Ça découpe déjà la manière dont soit tu peux te présenter, te faire recevoir ou juste tout court exister* », où les cases pré-définies des régimes normatifs imposent une découpe arbitraire des récits, qu'il s'agisse de folie, de neurodivergence, de transitude ou d'autres catégories marginalisées. Dans ce contexte, on observe bien de quelles manières la psychiatrie peut fonctionner moins comme un espace de soin que comme un dispositif de gestion et de neutralisation, où les effets de domination et d'exclusion se renforcent aux intersections des identités marginalisées et minorisés.

En définitive la pathologisation croisée agit comme une machine à réduire et à découper, niant la possibilité même d'être à la fois trans, folx et neurodivergent.e. Tout en construisant des catégories d'intelligibilité fixes, elle traite ces vécus complexes comme déviants et les personnes comme incohérentes. Elle fragilise la légitimité des vécus, impose une hiérarchisation des identités et enferme les personnes dans des catégories unidimensionnelles. Ce processus ne produit pas seulement de l'exclusion sociale : il induit aussi une dépossession de soi, une infantilisation et une perte de crédibilité systématique dans les espaces médicaux et psychiatriques. Mais cette réduction ne s'opère pas uniquement dans les interactions avec les personnels, elle se cristallise dans des outils institutionnels concrets. Les diagnostics, loin d'être de simples instruments de compréhension, deviennent alors des dispositifs de lisibilité fonctionnelle qui normalisent, assignent et contrôlent les trajectoires.

3.2.3 Diagnostics imposés et lisibilité fonctionnelle : normalisation et contrôle institutionnel

« Il y a des recherches qui montrent que l'autodiagnostic est plus efficace, fait moins de faux positifs, fait moins de faux négatifs que le diagnostic par un psychiatre ». (Jamie)

Dans les récits recueillis, le diagnostic est généralement pensé comme une assignation identitaire générale débordant les cadres de la santé. Ils opèrent comme un marqueur plus ou moins stigmatisant en fonction du diagnostic (Goffman, 1963). On observe ainsi que l'action de diagnostiquer ne s'arrête pas à nommer des pathologies objectivement observables afin de pouvoir « soigner » ces « maladies », mais participe bien davantage à produire la norme morale de ce qui est considéré comme pathologique ou non (Canguilhem, 2013). En cela, les catégories diagnostiques fonctionnent comme des outils puissants de la matrice savoir-pouvoir comme développée par Foucault (1976). En tant qu'instruments classificatoires et bornés, ils participent à traduire et réduire des vécus complexes, mouvants, ambivalents, en catégories fixes, souvent exclusives et hiérarchisées. Ce faisant, ils établissent un ordre social où certaines expériences jugées hors-normes sont conditionnés en termes pathologiques Conrad (1987). Cette manière d'appréhender les divergences en rapport à une entité fixe « saine » participe à évaluer les « anomalies » comme des manquements individuels Rimke (2016). Ce processus, porté par une logique biomédicale normative, tend à produire de la lisibilité au prix d'une simplification, d'une déformation, voire de rendre responsables des subjectivités minorisées. Pour les personnes trans, neurodivergentes et psychiatisées rencontrées dans cette recherche, les diagnostics apparaissent tour à tour comme condition d'accès aux soins, comme dispositifs de contrôle, ou comme mécanismes de délégitimation de leurs vécus. Les travaux d'Espineira (2011) sur le « bouclier thérapeutique » et ceux de Baril (2015) sur la cisnormativité montrent comment ces diagnostics fonctionnent comme portes d'entrée obligatoires, filtrant l'accès aux droits et aux parcours de soin. Les discours médicaux, tout en prétendant objectiver la souffrance ou évaluer la capacité à décider pour soi, participent à une réduction des existences à des catégories fonctionnelles, parfois dans une volonté protectrice, mais souvent avec des effets aliénants.

Pour ce qui est du diagnostic comme forme d'assignation violente et unilatérale, les participant.e.s décrivent des expériences diagnostiques marquantes. Ces expériences les conduisent à voir leurs vécus traduits, parfois de manière brutale, en catégories médicales, sans véritable prise en compte de leur parole, de leur situation ou de la complexité de leur subjectivité. Jamie témoigne : *« Ce n'était pas logique qu'un psychiatre te donne un diagnostic comme ça pendant 30 minutes. En vrai, l'autisme, c'est ultra compliqué... ultra large. Mais bref, le psychiatre m'a balancé comme ça. »*. Ce type de récit rappelle les critiques formulées

par Yergeau (2018) sur la manière dont l'autisme est souvent défini sans les personnes concernées, réduisant leur expérience à des catégories extérieures et pathologisantes. Ce type de rencontre médicale exprime un déséquilibre fondamental entre le « savoir expert⁸¹ » et l'expérience vécue. Cette asymétrie correspond l'injustice testimoniale (Fricker, 2007) : le témoignage des personnes concernées est disqualifié au profit de la parole experte. Le diagnostic devient un énoncé autoritaire, qui ne cherche pas à entendre mais à classer, ici sans même que la personne n'ait entamé une démarche diagnostique. E. formule une critique semblable à Alex, décrivant un diagnostic posé abruptement, suivi d'un traitement sans accompagnement : *« j'ai vu un psychiatre assez récemment qui m'a diagnostiqué un trouble d'anxiété généralisée. [...] Je veux dire, le type, il me met sous antidépresseur [non renouvelable], il me dit que je n'ai pas le droit d'arrêter. Et ensuite il disparaît dans la nature. Mon dieu j'étais tellement en colère tellement en colère. »*. La logique biomédicale dominante semble ici détachée de toute responsabilité relationnelle et professionnelle. Il ne s'agit pas d'un soin, mais d'une désignation avec prescription, d'un étiquetage qui conduit à un traitement ayant pour effet d'isoler et d'insécuriser au lieu d'ouvrir un espace de soin et de compréhension partagée. Ces paroles soulignent la violence d'un geste de nomination qui, au lieu de reconnaître la complexité du vécu, cherche à le faire entrer dans des cases normatives, mal ajustées à la diversité et à la complexité de l'existence. Le diagnostic n'est pas ici une réponse à une demande, mais un acte unilatéral, potentiellement disqualifiant : *« Qui je suis en tant que personne, ça n'a aucun intérêt. »* (E.). En ce sens, ces expériences montrent que le diagnostic agit comme ce que Dotson (2011) décrit comme une violence épistémique : il réduit la capacité des personnes à être reconnues comme sujets de savoir sur leur propre existence.

Les récits recueillis montrent que le diagnostic fonctionne comme un outil de contrôle et de hiérarchisation. Cette catégorisation a pour risque de pouvoir produire des effets durables néfastes. Cette imposition d'une étiquette discriminée contribue à enfermer les personnes dans des identités disqualifiées, en agissant comme un marqueur déterminant de la manière dont on sera perçu et traité (Goffman, 1963). Autrement dit, le diagnostic peut fixer une existence identitaire limitée pour les personnes. Ce qui risque d'accentuer un rétrécissement des possibilités d'action et de rapports aux autres. En soit, le diagnostic participe à orienter les trajectoires de vie dans des directions souvent contraignantes. Face à ce constat, plusieurs participant.e.s expriment une méfiance vis-à-vis des classifications psychiatriques. Pour Jamie, le diagnostic fonctionne comme un outil de domination : *« C'est du contrôle social, 100 %. La*

⁸¹ Du corps médical.

médecine, c'est un vieux pouvoir qui est exercé sur les individus. T'es étiqueté pathologique, et ça, de base, en fait, c'est pas OK. », (Foucault, 1961 ; 1975).

Dans cette perspective, les diagnostics ne sont pas simplement des outils de compréhension, mais des mécanismes d'assignation à des statuts infériorisés. Ils participent d'une logique de dépossession, qui retire au sujet la possibilité d'auto-définition et le place sous surveillance médicale : *« J'inclue les personnes qui sont psychiatisées, parce que derrière, on te dépouille de toi-même, on te colle des étiquettes de force, on te colle l'étiquette d'incapable, de pas autonome, etc. C'est un processus de déshumanisation qui est ultra puissant, parce qu'on t'enlève ta qualité de sujet quoi »*, (Jamie). Le poids de ces assignations est d'autant plus fort pour les personnes trans et folx / neurodivergentes, dont les parcours ont été et sont encore presque systématiquement suspectés, évalués, validés ou invalidés par des institutions médicales. Espineira & Thomas (2022) montrent par exemple que l'imbrication de transitude et de neuroatypie demeure fortement invisibilisée, car l'une est souvent perçue comme symptôme de l'autre, produisant un double soupçon pathologisant. B revient ainsi sur les logiques de suspicion qui ont longtemps entouré l'accès à la transition : *« Pendant longtemps, dans les protocoles diagnostiques pour les enjeux de transidentité, on te prend en charge pour faire bien attention que tu n'es pas schizophrénique »*. Cette suspicion s'inscrit dans une histoire plus large où la psychiatrie a servi à disqualifier les identités trans, considérées comme symptômes de psychose ou d'instabilité mentale (Feyeux, 2021 ; Wolfe et al., 2022).

Dans cette logique, le diagnostic de « trouble psychique » devient un obstacle à l'autonomie, un argument pour refuser des droits ou retarder des démarches. Il y a aussi des mécanismes de hiérarchisation interne aux différentes classifications. Lain met en lumière ces hiérarchies : *« J'ai jamais eu accès aux diags de folie qui sont respectables. Le TDAH trop mims, l'autisme shiny⁸². [...] c'est pas la faute de ces gens-là, mais je dis juste que c'est un discours qui est là. »*. Comme le montre Johnson (2021) avec la perspective *neuroqueer*, certaines formes de neurodivergence peuvent être « revalorisées » socialement (autisme performant, TDAH créatif) tandis que d'autres restent marquées par une forte stigmatisation. Lain conclut cette idée en disant : *« Les diags, ça m'intéresse pas beaucoup. C'est des catégories scientifiques très banales. La psychiatrie, c'est pas la folie. »*.

Ce qui est pointé, c'est la manière dont certaines formes de folie / neurodivergence sont plus acceptables, voire valorisées dans certains contextes, tandis que d'autres restent

⁸² Traduction libre : « brillant », sous-entendu bien-vu, accepté, valorisé parfois.

lourdement stigmatisées. Lain rappelle aussi que les catégories psychiatriques ne recouvrent pas fidèlement l'expérience de la folie, mais en constituent une version appauvrie, technicisée, institutionnalisée. En cela, elle insiste sur l'écart entre l'expérience vécue de la folie qui tend à déborder les cases, et les tentatives de captures, plus ou moins intégrées. Ces intégrations à géométrie variable dépendent du potentiel institutionnel d'absorption des folies, certaines demeurant moins acceptées que d'autres. Il semble important de préciser que cette hiérarchie influence la perception des personnes concernées dans différents environnements, créant des seuils de respectabilité qui déterminent qui peut être entendu ou non, cru ou non, auquel il est possible de faire confiance ou non. On retrouve les mécanismes des politiques de respectabilité (Higginbotham, 1993 ; Jefferson, 2023) adaptées aux vécus psychiatisés et neurodivergents, avec des bons fous et des mauvais fous. Marcus confirme que ces biais pèsent à différents niveaux : « [...] Les professionnel.le.s vont avoir tendance à ne pas me croire. Soit parce que je suis une personne afab, soit parce que je suis une personne trans, ou parce que ce sont des maladies rares. ». Cette expérience illustre par ailleurs une forme d'injustice testimoniale (Fricker, 2007), où les récits de personnes minorisées sont systématiquement jugés moins crédibles.

En cela, loin de protéger, la catégorisation agit donc ici comme un filtre normatif, qui permet d'exclure ceux dont les subjectivités sont jugées incohérentes, instables, dangereuses, ou simplement trop difficiles à classer. M. évoque à ce titre l'ambiguïté de son propre rapport au diagnostic : « *Le rapport après au truc de diagnostic et du coup de validation par la psychiatrie. [...] je te disais je sais pas trop où me placer par rapport à ça* » & « *Je pense que j'ai l'impression que je suis plus à l'aise avec les symptômes, ce que je vis, qu'avec, on va dire, le truc au-dessus* ». Cette ambivalence fait écho aux analyses de Kafer (2013) et de Clare (2009, 2017), si l'on souligne à la fois l'utilité stratégique du diagnostic et son potentiel de capture dans un modèle de « cure » arrimé aux normes du normal et du naturel.

Cette expérience génère chez certain.e.s un rapport distancié ou une lassitude face aux procédures diagnostiques comme conséquence directe d'un rapport marqué par la méfiance et la violence institutionnelle. Alex résume : « *TDAH diagnostiqué [...] TSA, je n'ai pas été jusqu'au diagnostic... J'en ai marre des diagnostics, ça me fatigue.* » & « *Tu devrais te faire diagnostiquer. Vraiment, ça me fatigue.* ». De son côté, Ma explique éviter certaines démarches : « *Je ne pense pas vouloir un jour avoir des diags pour ça. Parce que je pense que ça ne vaut pas la peine.* ». Cette distance témoigne d'un effet secondaire puissant du diagnostic comme

outil de contrôle : il altère le rapport à l'institution au point de rendre difficile, voire impossible, la recherche d'un accompagnement, même lorsque celui-ci serait utile.

Dans certains cas, le diagnostic peut être un outil d'intelligibilité, d'accès aux soins et droits, voire d'apaisement. M relativise : « *Il y a un peu une classification, j'ai l'impression, qui maintenant m'aide pas mal à comprendre comment je me suis construit* » & ajoute en commentaire : « *A relier au fait d'avoir dû me rendre fonctionnel dans l'enfance, du coup il était renvoyé le fait d'être inadapté, comme quelque chose de négatif, et les diags ont un peu permis déculpabiliser des difficultés et même si ils sont pas satisfaisants sur pleins d'aspects, ils décrivent une forme de réalité (plus sociale peut être que médicale)* » ; B de son côté explique : « *En vrai moi je demandais un diagnostic parce que je voulais faire ma démarche pour avoir mon AAH... accéder quoi.* ». Néanmoins, notons que l'accès est ici toujours conditionné et reste toujours traversé par des rapports de pouvoir et des enjeux de légitimité. Marcus explique ainsi ne pas vouloir évoquer certains troubles avec des professionnel.le.s, de peur de ne pas être cru ou d'être disqualifié dans sa demande d'aide : « *Je ne parle pas forcément des troubles un peu plus stigmatisés avec des professionnel.le.s, parce que [...] je n'ai pas envie de me faire juger si la personne ne s'avère pas quelqu'un de safe* ».

Par ailleurs, Lain souligne que, même lorsque l'on suit des parcours « cadré », l'ombre du diagnostic psychiatrique plane : « *Même si je suivais un parcours balisé, validé par l'institution médicale pour ma transness, en fait, il serait toujours au risque d'exploser si mon diagnostic psy était dévoilé* ». Le diagnostic devient alors une épée de Damoclès, pouvant servir de prétexte pour interrompre, retarder ou contrôler une transition. Dans ce contexte, le diagnostic n'est pas tant un outil de soin qu'un instrument de tri : il détermine qui est jugé.e « apte » ou « fiable » d'accéder à certains droits. On observe ainsi la relation ambivalente au diagnostic avec d'un côté son utilité pour accéder à des droits et de l'aide, mais de l'autre, son versant arbitraire et discriminant qui pathologise, délégitime, dépossède parfois de son autonomie.

En somme, aux croisements *trans-mad-neuro*, le diagnostic s'avère être un outil à double tranchant particulièrement aiguisé. Entre possibilités d'accès et d'aides dans des situations de vulnérabilité et de précarisation ; et déshumanisation, stigmatisation et potentielle perte d'autonomie et de liberté qui s'en accompagnent, le diagnostic apparaît comme un lieu de lutte. Les processus de contrôle et de réduction identitaires participent à construire et déterminer des parcours sur des temps plus ou moins longs ; les stigmates opèrent comme des marques qui délégitiment. Ce point interroge sur les possibilités de développement d'autres formes

d'intelligibilité (savoirs communautaires, récits subjectifs, savoirs situés) en alternative au paradigme biomédical dominant (Haraway, 1988 ; LeFrançois et al., 2013 ; Pilling, 2022 ; Walker, 2021). Ainsi, on observe qu'au croisement *trans-mad-neuro*, le diagnostic fonctionne comme un dispositif majeur de la fonction de tri et de contrôle, assignant les personnes trans, folx/neurodivergentes à des catégories normatives difficiles à tenir, conditionnant leur subsistance, leur accès à des droits et des soins adaptés à leurs besoins. De plus, cette assignation produit une tension constante que l'on retrouve comme tension dans les critiques entre *Mad Studies*, *Trans Studies* et *Neurodiversity Studies* (voir Etat de l'art) : elle peut offrir une lisibilité utile ou stratégique, mais au prix d'une réduction identitaire, d'une dépossession de soi et d'une perte d'agentivité. Cela se traduit dans les récits recueillis qui soulignent que ce pouvoir de nomination ne s'arrête pas à la catégorisation médicale : il affecte aussi la valeur de la parole, la crédibilité accordée aux récits et la possibilité même d'être entendu.e comme sujet de savoir.

3.2.4 Silenciation symbolique et matérielle : injustices épistémiques

Les témoignages révèlent la tension constante entre la volonté de se comprendre et de se faire reconnaître, d'accéder à du soin et de l'aide et le risque d'être enfermé.e dans un cadre interprétatif qui échappe à la personne elle-même. Cette tension a été décrite dans les études critiques de la psychiatrie comme un effet classique de la médicalisation : rendre lisible au prix d'une capture normative (Rose, 2007). Comme développé précédemment, les diagnostics s'inscrivent dans des rapports de pouvoir intriqués qui impactent parfois lourdement les trajectoires *trans-mad-neuro*. Ce geste de capture et d'assignation est souvent ressenti comme particulièrement intrusif, souvent violent, presque toujours disqualifiant les réalités complexes.

Comme évoqué précédemment, dans les relations de soin psychiatrique ou médical, l'injustice testimoniale se manifeste par une dévalorisation systématique de la crédibilité des personnes trans, folles et/ou neurodivergentes. Non seulement leur parole est jugée suspecte ou incompetente, mais leur capacité à être une source fiable de savoir sur elles-mêmes est explicitement ou implicitement niée. De plus, comme le souligne Fricker (2007) et Dotson (2011), ce phénomène repose sur des préjugés identitaires : ici, le sanisme, la transphobie et le la neuronormativité s'entrecroisent pour produire un déficit de crédibilité qui ne dépend pas de la justesse du témoignage, mais de l'identité supposée du témoin. Dotson (2011) identifie des formes de silenciation testimoniale, telles que le « *testimonial quieting*⁸³ » (quand la parole est

⁸³ Traduction libre : « silenciation testimoniale ».

perçue comme non crédible) et le « *testimonial smothering*⁸⁴ » (quand la personne s'autocensure par anticipation d'incrédulité), montrant ainsi que la parole minorisée n'est pas seulement ignorée, mais empêchée. Dans ce cadre, les professionnel.le.s de santé ne se contentent pas de recueillir une parole : iels la filtrent, l'interprètent, ou la recodent dans un cadre qui leur est propre, souvent en contradiction avec ce qui est dit. Jamie décrit ainsi un apprentissage progressif de la dévalorisation de sa propre parole : « *On t'apprend que ta parole ne vaut rien.* » & « *C'est les autres qui vont savoir à ta place ce qui te concerne.* ».

Ce processus est tentaculaire et insidieux : il ne se résume pas à un refus ponctuel d'écoute, mais se développe comme structure relationnelle où la parole et l'expertise des patient.e.s est présumée erronée ou manipulatrice, comme en témoigne Marcus : « *à partir du moment où je nomme ces symptômes, où je nomme les troubles que je pense avoir, où je nomme des recherches, des informations que je sais, que j'ai faites en psychologie ou en psychiatrie, des choses que je connais par mes propres recherches, j'ai l'impression d'être toujours remis en question.* ». Cette dynamique tend à empêcher le développement de cadres de pensées et d'expertises des personnes concernées. Ce qui rejoint la notion d'injustice herméneutique (Fricker, 2007), désignant le fait que les cadres collectifs d'interprétation sont confisqués ou absents pour des groupes minorisés, les empêchant de comprendre ou de faire comprendre leurs vécus. Dans ce contexte, la personne peut finir par intérioriser l'idée que son expérience n'a pas de poids ou perd en valeur. Ce discrédit ne se limite pas aux espaces médicaux. Il s'immisce et se transmet aussi dans les sphères familiales, créant une double invalidation : « *Ma mère a déjà avancé comme argument que je suis autiste ou que j'ai un TDAH [...] et que, par conséquent, je ne suis pas trans.* » (Marcus).

Dans ces récits, le statut même de sujet connaissant est contesté. L'identité, le genre ou l'état psychique deviennent des arguments pour décréter une personne inapte à la connaissance sur elle-même. C., en parlant d'hospitalisation, résume l'effet concret de cette disqualification : « *On ne peut pas parler, on n'a pas de parole. Moi je me suis retrouvée enfermée des semaines dans des HP sans jamais voir de médecin.* » Cette invisibilisation de la parole se traduit aussi par une invisibilisation physique et matérielle, ainsi que par des sanctions implicites ou explicites qui pèsent sur les personnes envisageant de parler : « *Si je commence à en parler de la manière dont moi je le perçois, ça va être pire. Il ne faut pas parler de ça. C'est mort. Sinon tu finis en CI ou avec du tranxène et du nozinant.* » (C.). L'injustice testimoniale prend ici une

⁸⁴ Traduction libre : « étouffement testimonial ».

forme coercitive : non seulement la parole est ignorée, mais elle est dissuadée par la menace de mesures médicales ou disciplinaires. Dotson (2011) montre que certaines personnes privilégient l'autocensure (*testimonial smothering*) lorsqu'elles anticipent que leur prise de parole sera non seulement rejetée, mais potentiellement sanctionnée. Cette forme d'injustice agit alors comme un mécanisme de silenciation symbolique et matérielle.

Pour certaines des participant.e.s, cette remise en cause constante conduit à un rapport ambivalent à la prise de parole : entre envie d'être entendu.e mais peur d'être délégitimée. E. exprime à plusieurs reprises cette tension : « *J'avais un truc de me dire : ah, je vais pouvoir le dire à tout le monde. Et en fait, le mot avait beaucoup de mal à quitter ma bouche.* » & « *Il y avait de la honte aussi, et beaucoup la peur d'être pas cru.e. C'était plus décevant qu'autre chose.* ». Cette idée de suspicion permanente peut être articulée à la notion de régime de vérité, c'est-à-dire un système institutionnel qui définit ce qui est considéré comme vrai et acceptable, donc audible ou crédible. Ces récits montrent que, dans les contextes médicaux et psychiatriques, parler de soi est presque toujours une prise de risque.

L'injustice testimoniale n'est pas uniforme, elle est modulée par des hiérarchies implicites de crédibilité, elles-mêmes structurées par des rapports sociaux croisés. Certaines identités minorisées peuvent être entendues partiellement dans un contexte, tandis que d'autres sont rendues totalement inaudibles. Ce n'est pas seulement la position de « patient.e » qui détermine la crédibilité, mais l'imbrication de facteurs comme le genre, la transitude, la psychiatrisation, la neurodivergence ou encore la classe et la race. Marcus résume l'effet concret de cette stratification : « *Les professionnel.le.s vont avoir tendance à ne pas me croire [...] soit parce que je suis une personne afab, soit parce que je suis une personne trans ou parce que ce sont des maladies rares.* ». Ici, chaque élément identitaire ne joue pas isolément : c'est leur combinaison qui produit une perte radicale de crédibilité, jusqu'à rendre certaines expériences littéralement impensables dans le cadre médical. Cette hiérarchie s'exprime aussi dans la manière dont certaines figures minoritaires sont jugées plus « présentables » que d'autres. E. note ainsi : « *Si tu es une personne trans publique, il faut être absolument irréprochable [...] comme si t'avais l'impression que les gens attendaient que quelque chose se passe mal pour pouvoir tomber dessus et justifier toute la haine.* »

Un échange avec Lain met en évidence un classement implicite au sein même des catégories psychiatriques, où elle parle de sa consommation et des mises en garde de proches lui disant « *attention tu vas devenir schizophrène* », ce à quoi je lui répons : « *Mais c'est un peu quand même le diag le plus stigmatisé, même dans la culture populaire, dans les films et*

tout, comment la schizophrénie, elle est traitée, c'est monstrueux, c'est terrifiant, tout est fait pour que ce soit ça qui soit perçu. ». Ces propos montrent que la crédibilité accordée ne dépend pas seulement du fait d'être diagnostiqué.e, mais aussi du type de diagnostic. Certaines étiquettes peuvent conférer une forme de légitimité par rapport à d'autres qui enferment immédiatement dans la figure du.de la malade « incapable » ou « dangereux.se ».

Ces extraits mettent en lumière que le déficit de crédibilité ne se contente pas de réduire la parole : il la filtre en fonction de normes de respectabilité, de lisibilité et de conformité, rendant certaines voix plus audibles que d'autres dans les espaces de soin. Le processus d'échelonner les crédibilités admises ou rejetées témoignent de dynamiques d'oppressions systémiques plus large. Dans ce contexte, la possibilité d'être entendu.e et cru.e demeure conditionné par la capacité à rentrer (ou à se présenter comme) en adéquation avec les catégories dominantes. En cela si l'injustice testimoniale repose sur un déficit de crédibilité, l'injustice herméneutique, telle que la définit Fricker (2007), opère à un autre niveau : celui de l'outillage collectif de compréhension. Elle se produit lorsque les personnes ne disposent pas des concepts, du langage ou des cadres institutionnels nécessaires pour rendre leur expérience intelligible dans l'espace social, ou lorsque ces cadres existants ne permettent pas d'exprimer cette expérience sans distorsion.

Dans les récits recueillis, cette forme d'injustice apparaît particulièrement dans les situations où l'accès aux droits ou aux soins est conditionné à l'adoption d'un récit pathologisé, tout en sachant que ce même récit pourra servir ensuite à disqualifier la personne (Espineira (2011, 2019). Lo décrit cette forme de logique paradoxale comme un véritable piège dans lequel le mal-être devient à la fois la condition d'accès et un motif de délégitimation : « *Je dirais que à la fois le côté mal-être, c'était un argument pour avoir accès [...] T'as un truc de... T'es pas vraiment clair dans ta tête [...] Et du coup, je pense qu'à l'inverse, ça peut être un peu le piège [...] ils vont te délégitimer ou ils vont t'infantiliser sur ce truc.* ». A nouveau, le langage médical s'exprime comme un élément à double tranchant : même lorsque les personnes trouvent les mots pour décrire leur expérience, ces mots sont capturés, reconfigurés et réinscrits dans une grille de lecture normative, effaçant la signification originale. Pour C., cette distorsion produit une violence dans un refus de ses modes de communication : « *Je faisais des schémas avec des flèches, des trucs pour m'exprimer [...] Et les psychiatres n'avaient pas la patience de regarder ça. [...] Je ne pouvais pas leur parler de ce qui se passait à l'intérieur.* ». Yergeau (2018) a montré comment les formes de communication neurodivergentes sont quasi-systématiquement jugées illisibles dans les institutions, produisant une disqualification herméneutique. Ce refus

d'entrer dans la forme d'expression proposée par la personne revient à exprimer que son mode de pensée est irrecevable.

Les cadres d'interprétation institutionnels ne tolèrent que des formats et des récits qui leur sont déjà familiers, rendant illisible toute expérience qui s'écarte des normes prévues. Lo pointe aussi le rôle des savoirs scientifiques dominants, produits à distance des vécus, dans cette distorsion : « *Mais bon, on va dire que la plupart des études et des savoirs qui sont produits sur le sujet, souvent, c'est assez répressif. C'est fait pour protéger la norme et la majorité.* » ; & ajoute : « *Les savoirs scientifiques, au sens large, c'est des savoirs cliniques, c'est des stats, presque. [...] tu vas prendre X individus, Tu vas leur faire vivre cette expérience-là et ça démontre que telle hypothèse [...] Et du coup, ça va toujours être des tendances. C'est comme les diagnostics. [...] les diagnostics du DSM, c'est des portraits robots.* ». Cela illustre la tendance à réduire le pathologique à simple variation statistique du normal, ce que Canguilhem (2013) critique et qui s'inscrit dans ce que Castel (1981) analyse comme une logique de gestion des risques par la catégorisation.

Ces propos révèlent que l'injustice herméneutique ne se limite pas à une incompréhension accidentelle et individuelle : elle s'inscrit dans des structures de production de savoir qui priorisent la stabilité des catégories normatives au détriment de la fidélité aux expériences. Cela a pour effet de décrédibiliser les récits issus de personnes jugées déviantes et de limiter leur autonomie : « *Ah, en fait si t'es handi, on peut te refuser cette autodétermination parce que tu vas être considéré comme pas apte à prendre des décisions pour toi-même, ou délirant, donc t'as pas une bonne perception de toi-même* » (Lo).

En rendant leurs expériences inaudibles, ces mécanismes contraignent les personnes à lutter pour faire sens de leurs réalités et de leurs discours, alors mêmes qu'ils subissent des discriminations répétées. B. dénonce ainsi : « *Par exemple, je trouve que l'assignation à la pédagogie forcée, constante, de soi, tout le temps, de devoir expliquer, c'est quand même quelque chose qui se retrouve beaucoup pour les personnes trans et pour les personnes folles, et la combinaison des deux aussi énormément, de devoir justifier ton existence et prouver que c'est possible, ou juste te faire reconnaître, c'est quand même un bon taf* ». Cela suppose non seulement de traduire son vécu dans un langage acceptable pour les professionnel.le.s, mais aussi de porter sur soi la charge de convaincre de sa propre légitimité.

Back (2024) et Smilges (2022) rappellent que cette assignation au récit acceptable s'accompagne d'une rhétorique du silence, où l'absence de parole devient parfois une stratégie

de protection. Enfin, cette contrainte narrative peut participer à produire ou alimenter une fragmentation identitaire : pour obtenir un soin, il faut taire ou recoder certaines dimensions de soi, quitte à se trahir partiellement. Comme le formule Lo : « *Ce que ça m'évoque, c'est souvent quelque chose de déshumanisant. (...) ils essayent de trouver une sorte d'explication rationnelle ou biologique ou neurologique [...] ça tombe complètement à côté de comment tu le vis. [...] C'est pas comme une maladie où tu prends un médicament et ça part. C'est un truc où ça fait partie de toi.* ». Ainsi, l'injustice herméneutique vécue par les personnes trans, folles et neurodivergentes ne se manifeste pas seulement par une absence de langage adéquat, mais par l'obligation d'adopter un langage qui les rend plus vulnérables. Elle agit comme un filtre institutionnel : on ne peut être entendu.e que si l'on parle la langue de systèmes dominants, même lorsque cette langue trahit le sens de l'expérience vécue.

En cela, les différentes formes injustices épistémiques ne s'arrêtent pas à l'instant où la parole est ignorée ou reconfigurée : elles laissent des traces psychiques durables. Lorsqu'une personne est systématiquement décrédibilisée ou rendue illisible dans les cadres dominants, elle peut finir par douter de sa propre capacité croire, faire confiance et à savoir, ce qui correspond à une forme de dommage épistémique (Fricker, 2007). Cette fatigue à « parler dans le vide » s'accompagne souvent d'une anticipation du rejet, qui amène à se taire avant même d'être confronté.e à un.e interlocut.eur.ice hostile. Elle peut se traduire aussi par un doute de légitimité : « *J'ai un peu peur de ne pas avoir grand-chose à offrir.* » & « *Je me dis, qu'est-ce que j'ai à apporter, vu que moi, ça va, en fait. [...] Est-ce que je prends pas la voix de quelqu'un d'autre ?* ». Ce doute ne porte pas seulement sur le contenu de l'expérience, mais sur le droit même de la formuler publiquement. L'intériorisation des hiérarchies de crédibilité amène à penser pour soi-même que sa voix est moins légitime que d'autres. Ce processus peut risquer de produire comme effet de ne plus envisager ses propres expériences comme une ressource digne d'être prise en compte pour soi et pour les autres. Son discours se transforme ainsi davantage en matière risquée ou rabaissée car mis en risque constant d'être invalidé, ridiculisé ou instrumentalisé.

Cette intériorisation du doute et de la non-légitimité de sa parole et de son vécu déborde l'expérience intérieure en contraignant le fait de se permettre de parler ou non, ce qui impacte des dynamiques plus larges. L'intériorisation des hiérarchies de crédibilité amène à penser que certaines voix sont plus légitimes que d'autres. La honte se combine alors à la peur d'être disqualifié.e, alimentant un rapport ambivalent à la prise de parole. Cette retenue n'est pas un simple blocage individuel : elle est le produit d'un environnement où la parole minoritaire est

soit captée et déformée, soit tournée contre celui qui la porte. Comme le note Medina (2013), toutes les voix minorisées ne sont pas décrédibilisées de la même manière : une stratification interne organise quels récits sont audibles ou jugés recevables. Cela rejoint les analyses de Collins (1990) sur la hiérarchisation des savoirs minoritaires et celles de Back (2024) sur les « silences construits », où certains sujets ne peuvent parler qu'à condition d'endosser un rôle, qui se trouve souvent être celui de victime exemplaire.

Ainsi, l'injustice épistémique s'inscrit dans la mémoire et l'anticipation des interactions, produisant une autocensure préventive : « testimonial smothering » (Dotson, 2011), une diminution de la confiance en son propre jugement et un rapport conflictuel à la prise de parole et à son estime. Ces effets subjectifs sont indissociables des logiques institutionnelles qui les produisent : ils traduisent la manière dont le pouvoir de définir le réel se joue aussi dans la capacité à faire taire, non seulement de l'extérieur, mais depuis l'intérieur même des personnes concernées. Ainsi, les dynamiques de pathologisation croisée agissent comme un puissant outil pour silencer les vécus minorisés, ce qui transforme leurs rapports à soi et au monde, mais transforme aussi le paysage social par leur invisibilisation. Plusieurs participant.es évoquent ainsi la difficulté d'obtenir des droits, un soutien ou même une simple écoute, dès lors que leur subjectivité échappe aux catégories attendues. Ces dynamiques renforcent les processus d'isolement et de marginalisation. Néanmoins, même si ces mécanismes de non-reconnaissance et de silenciation sont puissants, les personnes aux croisement *trans-mad-neuro* développent des stratégies de survie et de navigation complexes.

3.3 Protection et résistance : tactiques individuelles et collectives

Pour ne pas tomber dans le vulnérabilisme, il importe de souligner que ces trajectoires ne se résument pas à la vulnérabilité ou à la dépossession. Les récits recueillis révèlent de nombreuses tactiques de protection, de résistance et de recomposition de soi. Que ce soit sous la forme de retrait volontaire, de constructions de récits stratégiques, de solidarités informelles ou de collectifs organisés, ces pratiques témoignent d'une agentivité active et d'une puissance d'émancipation face aux logiques de normalisation nocives pour elleux. Que ce soit de manière discrète et individuelle, collective et structurée, elles participent à l'expérimentation et au développement de contre-espaces de légitimité, de manières d'exister et de savoirs situés. Ces stratégies ouvrent ainsi la possibilité de modes de vie et de futurs alternatifs, plus respectueux

des spécificités et de la diversité des expériences. Ainsi donc, dans cette partie sont développées les pratiques subjectives et collectives par lesquelles les personnes trans, folles et neurodivergentes répondent aux normes cisgenres et sanistes et aux pratiques violentes, ou s'en émancipent.

3.3.1 Stratégies de navigation : retrait, refus et gestion stratégique de l'information

Dans les stratégies de défense des participant.e.s la dissimulation et le *masking* apparaissent comme des tactiques centrales et grandement partagées. Au-delà d'uniquement « cacher » une information, il s'agit de pratiques de compensations cherchant à contrôler activement les flux d'informations personnelles afin de chercher à réduire les risques de stigmatisation, de sanction ou de violences. Pour être efficace, cette stratégie repose sur un cloisonnement identitaire précis où chaque interlocut.eur.ice, selon chaque contexte différent, n'accède qu'à une version partielle et calibrée de soi. Dans cette perspective, masquer certaines dimensions de soi, que ce soient les enjeux de transitude, de folie, de consommation, de croyances ou d'expériences de violence, constitue une adaptation contrainte à un environnement perçu comme hostile plutôt qu'un choix libre. Les témoignages recueillis montrent que cette prudence et le développement d'une forme de méfiance est souvent le fruit d'expériences passées, vécues ou connues, de disqualification, de non-crédibilisation ou de violence directe.

Dans ce cadre, Jamie exprime bien cette dynamique de réaction à la pression normative et de protection face au risque présagé : « *Tu as la stigmatisation sociale et comment t'es poussé à avoir honte de qui t'étais quand tu ne masques pas.* » & « *Dans mon parcours trans, personne n'était au courant que j'avais un diagnostic d'autisme tu vois. [...] je savais que t'allais pas en parler.* ». Ces extraits illustrent une dimension non-négociable de cette protection informationnelle : elle n'est pas une simple réserve, mais une frontière ferme. Le *masking* devient ainsi une condition de survie sociale et parfois physique, notamment dans les interactions avec le corps médical, où l'enjeu est d'éviter qu'une information serve à justifier un refus de soin, une réorientation forcée ou une hospitalisation non désirée. Walker (2021) conceptualise ce camouflage identitaire comme un mécanisme de *neuroqueering* inversé, dans

lequel l'individu doit littéralement désactiver les marqueurs cognitifs de divergence pour accéder à des services élémentaires.

Ce silence, tel que Smilges (2022) et Back (2024) le formulent, n'est pas une absence, mais un langage stratégique chargé de survivance. Comme l'exprime Lain, dans un contexte où elle cherche à se faire diagnostiquer pour accéder à l'AAH : « *J'étais en mode, putain, là, j'arrive, j'ai 25 ans, j'habite à un moment en squat, je suis toxicomane, je m'injecte de la drogue et je suis trans. En fait, là, c'est la folle du bus qui arrive à l'HP, tu vois. Et vraiment, moi, j'avais une trouille, c'était de me faire interner.* ». Certain.e.s évoquent cette pratique comme un état quasi-permanent qui s'installe dans la durée et transforme la relation à soi-même et avec les autres : « *J'ai fini par trouver une stratégie pour avoir une vie autonome et pour... Et pour performer un truc où je disais pas, en fait, que j'étais autiste. À tous les médecins, dans toutes mes démarches, tout le temps. Une espèce de masking perpétuel, tu vois ce que je veux dire. À tel point que, quand j'avais des réactions inadaptées, les gens, ils pensaient que c'était ma faute.* » (Jamie). Prendergast (2003) décrit comment la rhétorique du « handicap mental » impose une construction narrative qui rend suspectes les expressions non normées de soi : le sujet doit calibrer en permanence son récit pour rester crédible.

Pour certain.e.s, qui ont soit des héritages familiaux avec antécédents de psychiatrisation, soit des expériences de psychiatrisation elleux-même tôt, cet apprentissage débute dès l'enfance : « *[...] de cacher énormément de trucs [...] je pense ça date un peu de l'enfance par rapport à la psychiatrisation en mode : de toute manière il vaut mieux pas trop parler des trucs chelous* ». Dans ce cadre, la dissimulation n'est pas seulement défensive : elle s'inscrit dans la construction de soi et se développe comme une compétence, un savoir-faire politique et relationnel en laissant des marques. Dans des contextes où les processus de normalisation s'expriment de manière diffuse et omniprésente, le *masking* se révèle être une forme d'intelligence adaptative. Il permet de s'ajuster selon différentes stratégies à l'injonction à la normalité afin de ne pas être repéré.e, d'être plus facilement accepté.e et de ne pas s'exposer à des risques supplémentaires. Ce type de navigation révèle un usage tactique du mutisme ou du récit partiel comme autoprotection. Elle peut permettre de négocier les espaces de visibilité et de préserver ce qui, dans l'expérience vécue, reste hors d'atteinte des normes médicales et sociales. Toutefois, ce cloisonnement permanent n'est pas sans coût : il peut renforcer le sentiment de morcellement identitaire, de doute de soi et des autres déjà évoqués, et maintenir une vigilance constante et un travail de contrôle et d'adaptation épuisants. Ainsi, la dissimulation stratégique et le *masking* s'apparentent à des formes de résistance où la maîtrise

du récit de soi et de ses silences devient un outil vital face à un environnement normatif et potentiellement dangereux. Dans les champs queer et trans ces stratégies sont parfois revendiquées comme n'étant pas un renoncement à une forme d'authenticité de soi mais bien comme une stratégie face à un monde intolérant. On l'observe notamment comme réapproprié dans les pratiques de *Ballroom* avec des catégories type *realness* où les performeur.s.es démontrent leurs capacités à se fondre dans les codes hétéro-cisgenres. M., ajoute un commentaire ici en parlant de l'impact communautaire, relationnel et humain du morcellement : « *ça dépasse le cadre de l'accès au soin même si ça peut naître dedans. Ce que je veux dire c'est que l'apprentissage de la dissimulation / du mensonge comme stratégie de protection face à la psychiatrie c'est quelque chose qui isole. Parce qu'une fois que c'est quelque chose d'appris c'est dur de pas le reproduire dans tous les domaines, et ça rend les communautés plus difficiles d'accès pour les personnes trans et folles qui ont été exposées à ce type de violences* ».

De manière similaire, et parfois mêlée, aux pratiques de *masking*, les participant.e.s opèrent une forme de résistance/protection qui est le refus stratégique consistant à ne pas fournir certaines informations ou à se soustraire à certaines demandes, même lorsqu'elles émanent de figures d'autorité ou de professionnel.le.s censé.e.s « aider » (Dotson, 2011). Ce refus peut s'exprimer à différents endroits et concerner par exemples la divulgation de diagnostics, de souffrances/difficultés vécues, de pensées suicidaires, ou encore le fait de se soumettre à un protocole médical ou psychiatrique jugé inadapté, dangereux ou inutile. Il semble s'agir d'un calcul pragmatique pour les participant.es, et pas nécessairement d'une opposition frontale systématique : peser les bénéfices et les risques de chaque interaction, accepter certaines concessions lorsqu'elles ouvrent l'accès à un droit ou à un soin, et fermer la porte lorsque ça ne vaut pas la peine.

Il peut ainsi s'agir d'une logique de rationnement des échanges afin de préserver son pouvoir personnel face à une institution jugée menaçante comme chez Lain : « *C'est des institutions que je méprise. [...] Je n'ai pas envie de vous donner plus que ce dont j'ai besoin pour avoir le minimum que je veux avoir. [...] Typiquement, j'ai accepté la concession de me faire diagnostiquer, d'avoir un dossier à l'APHP qui ne partira jamais de ma vie [...] en échange, j'ai eu l'AAH.* ». Lo, comme d'autres, pointent le refus de parler de transitude quand ce n'est pas le cœur de leurs démarches : « *Mon problème, c'est autre chose. [...] J'ai l'impression que parfois, ça prend tout de suite le focus. [...] Je pense que des fois, j'ai juste pas envie que ce soit le sujet principal. J'ai pas spécialement envie de parler de ça. [...] Donc il y a le double truc, c'est que c'est à la fois un truc pour se protéger et à la fois pas que ça devienne*

le sujet principal, alors que je vais essayer de parler d'autre chose. ». Ces extraits montrent que le refus stratégique s'accompagne souvent d'une gestion calculée du discours : dire « ce qu'il faut » pour obtenir un document, éviter une hospitalisation ou décrocher une ressource, tout en retenant pour soi ou d'autres contextes d'autres aspects de son vécu.

Le refus devient ici un outil de négociation dans un rapport de force asymétrique, où la transparence totale et l'honnêteté sont perçues comme dangereuses. Dans certains cas, il prend la forme d'un non-recours volontaire : éviter un suivi psychiatrique, interrompre un traitement, contourner le système médical en passant par des réseaux alternatifs, afin de conserver la maîtrise de son parcours : « *Ma stratégie de base, quand ça se passe mal avec un soignant aujourd'hui, c'est juste que je ne reviens pas.* » & « *J'ai tout fait pour passer par un médecin généraliste uniquement.* » (Lain).

Ces tactiques se rapportent donc à usage tactique du silence et de la concession que Medina (2013) inclut dans sa conceptualisation de résistance épistémique, en cela que c'est un usage stratégique des outils disponibles. Ce non-recours est néanmoins conditionné par des formes de privilèges liés aux besoins et aux marges de manœuvres, comme on le comprend en creux de ce qu'exprime Alex : « *Alors, je me sens libre de le faire. Si je ne me sentais pas libre de le faire, là, je ne continuerais pas. Je ne suis pas obligée.* ». Ainsi, ces formes de refus ne sont pas toujours motivées par un rejet absolu des institutions, mais plutôt par la volonté de rester act.eur.ice de son parcours et de limiter les occasions où l'on pourrait être invalidé.e, infantilisé.e, limité.e. Pilling (2022) décrit ces refus comme des gestes complexe et situés dans les récits des personnes entretenues, comme dans les récits ici reçus, la critique systémique des institutions se mêle à la volonté de pouvoir y exister sans y être victime. Il ne s'agit pas toujours de rejeter le soin, mais de réinventer les conditions de sa réception.

Une autre stratégie observée consiste en la sélection minutieuse des contextes dans lesquels se révéler, ou au contraire se taire. Elle s'inscrit dans une stratégie plus large de navigation codée, qui rappelle ce que Goffman (1963) décrit comme des formes de gestion stratégique de l'information dans les contextes stigmatisants. Autrement dit, il s'agit de cartographier mentalement les espaces et les personnes selon leur degré perçu de sécurité, et s'adapter en fonction de l'environnement comme un caméléon. Cette logique rejoint ce que Collins (1990) ou Crenshaw (1989) ont montré à propos des stratégies situées dans des contextes intersectionnels : la lecture des rapports de pouvoir est fine, mais elle varie selon les positions sociales et les rapports de domination. Ce processus est couteux, l'état de vigilance constante dans lequel il plonge demande des capacités de pouvoir mobiliser des ressources

attentionnelles importantes du corps-esprit (Price, 2015), où les dimensions cognitives, affectives et corporelles sont sollicitées simultanément. Ce processus se construit au fil des expériences positives ou négatives, et oriente les interactions quotidiennes. C. exprime ainsi : « *Je sais que je dois continuellement opérer de manière stratégique. Il y a des endroits où je ne peux pas dire que je suis trans. Il y a des endroits où je ne peux pas dire que je suis évangélique. Il y a des endroits où je ne peux pas dire que je crois au Saint-Esprit de la nature, etc.* ». Ou encore Marcus à propos de ses expériences de soin : « *J'ai fait beaucoup d'efforts, mais beaucoup, beaucoup même, pour faire en sorte que je sois dans des espaces où je me sens complètement 100% safe. Et que du coup, j'ai vraiment assuré que j'ai une bonne expérience, ou du moins une expérience que je considérerais comme neutre.* ». Ces stratégies de navigation demandent du temps, des capacités diverses, notamment de lecture et de compréhension des attentes et des risques, tout est scanné pour évaluer les risques.

Le silence ou la parole partielle sont peuvent ainsi être envisagés et conceptualisés comme des stratégies politiques situées qui informent sur les dynamiques de pouvoir en jeu (Smilges, 2022). Les participant.e.s savent ainsi ajuster leur discours, choisir quelles identités ou expériences mettre en avant, et calibrer leurs prises de parole en fonction des interlocut.eur.ices et des risques associés : « *J'utilise pas du tout les mêmes termes en fonction des personnes.* ». (B.). Ce travail permanent de décodage et de réajustement est énergivore et chronophage, mais il permet de limiter les confrontations directes et de préserver des espaces de respiration. Il s'accompagne souvent d'une conscience aigüe des dynamiques de pouvoir : savoir à qui faire confiance, éviter les confidences à risques irréversibles, et conserver des marges de manœuvre et de contrôle sur le savoir. Dans ce sens, la navigation codée ne se réduit pas à un évitement : elle participe à la construction d'une forme souveraineté narrative comprimée, où la personne choisit quand, où et comment elle se rend visible, et à quelles conditions, dans la mesure de ses possibilités. Il est important de noter néanmoins que ces marges de manœuvre s'élargissent ou se restreignent en fonction de différents facteurs de privilège ; si l'on est blan.c.che, valide, autonome, non-précaire (entre autres), il sera bien plus facile de conserver ces rapports de force pour préserver son intégrité et sa liberté.

Par ailleurs, certaines personnes développent un travail de préparation narrative, visant à anticiper les interactions et adapter leur discours pour atteindre un objectif précis tout en limitant les risques. Cette stratégie, héritée autant de l'expérience personnelle que des savoirs transmis par d'autres personnes paires, repose sur l'idée que le récit à livrer doit déjouer les attentes et le contrôle de l'interlocut.eur.ice pour se protéger et maximiser les chances d'obtenir

un document, un soin ou un droit : « *J'ai rien dit. J'ai vraiment rien dit. J'ai dit ce qu'il fallait dire. Tu vois, ce qu'elle voulait entendre. Et du coup, elle m'a fait l'attestation. Et j'avais aucune confiance en elle. J'y vais pour avoir le papier. Et j'ai eu le papier.* » (Jamie) & « *J'avais grave préparé le truc, que... C'est un truc que j'ai posé directement. On parlera pas du fait que je sois trans. [...], je m'étais préparée des contre-arguments au cas où ça arrivait, quoi.* » (Lain). Dans ce cadre, une fois encore, la vérité n'est pas perçue comme l'option ni la plus efficace ni la plus sûre. Ainsi, iels témoignent d'une pression à devoir modifier le récit de leur parcours pour correspondre au scénario attendu : adopter le vocabulaire médical dominant, gommer certaines ambivalences, ou au contraire insister sur des symptômes codés comme légitimes dans l'institution. De plus, La préparation ne vise pas seulement à éviter un préjudice : elle est aussi un outil pour s'assurer que ses besoins soient entendus et reconnus sans s'exposer à un jugement ou à une invalidation. Ainsi, la navigation codée et la préparation narrative constituent un savoir-faire situé articulant prudence, méfiance et performance comportementale et identitaire. Elles illustrent la manière dont les personnes trans, folles et neurodivergentes peuvent reprendre ou reprennent une part de contrôle sur la mise en récit de leur vie et leurs possibilités d'accès dans des cadres institutionnels qui tendent à les réduire ou à les normaliser.

Ainsi, ces pratiques de dissimulation, de refus stratégique ou de navigation relèvent, au-delà d'un simple évitement, d'une résistance active (parfois en creux), refusant parfois d'alimenter un système perçu comme potentiellement nuisible. Elles privilégient la préservation de l'intégrité psycho-corporelle sur la conformité aux attentes institutionnelles normatives. Elles traduisent une agency sous-contrainte, où le contrôle de l'information devient un outil vital pour négocier avec des institutions vis-à-vis desquelles la charge du pouvoir est grandement asymétrique. Si elles sont souvent épuisantes à maintenir, elles témoignent d'une forme de souveraineté narrative et d'une capacité de maîtrise stratégique de la visibilité/lisibilité. Cet outillage-arsenal de préservation dessine les contours d'une subjectivité qui ne se réduit pas à la survie. Il ouvre la voie vers des formes de réappropriation et d'autonomie, où il ne s'agit plus seulement de se protéger du cadre imposé, mais de redéfinir les conditions de son existence à travers son parcours.

3.3.2 Autonomie individuelle : se réapproprier son parcours hors cadre

Pour plusieurs participant.e.s, se réappropriier son parcours de soin et de vie passe par une réduction volontaire de la dépendance aux institutions médicales et psychiatriques. Cette autonomisation se manifeste à travers des pratiques concrètes mais aussi par l'apprentissage autodidacte ou la recherche de savoirs en dehors des cadres officiels. Elle repose sur une logique d'autodétermination : poser ses propres critères de légitimité, décider pour soi de ce qui relève ou non du recours médical, transformer la relation au soin en un espace choisi. Cela ne s'oppose pas nécessairement à tout contact avec les institutions mais cette démarche cherche à en redéfinir les conditions et les limites afin de maintenir un contrôle effectif sur ses choix, son corps-esprit et son récit.

Pour certain.e.s, l'autonomisation se matérialise dans des actes de soins réalisés hors des circuits de soins institutionnels, ce qui limite les risques de violence, de délégitimation ou de coercition. Cette auto-organisation consiste à accomplir des gestes considérés médicaux (injection d'hormones, ajustement de traitements psychotropes, adaptation des posologies) sans passer par l'ensemble du protocole médicalisé. Ces pratiques s'appuient sur un savoir empirique, construit à partir de l'expérience personnelle, de l'entraide communautaire et de ressources informelles. Marcus illustre cette dimension concrète en décrivant une auto-hormonation partagée : « *Pour les hormones, je n'ai pas énormément galéré pour les avoir. Donc, c'est quelque chose que je fais en autonomie avec mon partenaire. J'ai fait mon shoot de testostérone trois fois, une fois chaque trois semaines par moi-même et [...] je n'ai pas le jugement ou quoi que ce soit d'un professionnel.* ». Ce geste dépasse la simple absence de recours médical : il traduit un choix conscient de s'approprier la compétence technique pour soi-même et son entourage, tout en neutralisant le pouvoir de surveillance des professionnel.le.s de santé.

Ainsi, certain.e.s contournent presque totalement les filières institutionnelles : « *Même si j'ai eu accès à une généraliste assez vite, je suis passée aux injections d'oestro. Il y avait un côté où ça m'allait bien, en vrai, [...] je ne dépends pas du pouvoir médical. [...] Ça me crée un rapport de force différent avec l'institution médicale et c'est cool.* ». Ici, la pratique est indissociable d'un positionnement politique : l'acte médical devient un espace d'affirmation de pouvoir, réduisant la dépendance et limitant la possibilité pour les institutions de conditionner l'accès aux hormones. L'auto-médication ou l'ajustement autonome des prescriptions constituent une autre facette de cette auto-organisation. Certain.es arrêtent ou modifient eux-mêmes leur traitement lorsqu'ils jugent que les effets ne leur sont pas bénéfiques : « *J'ai arrêté de prendre ma médication parce qu'elle ne m'allait pas en vrai... je ne suis plus suivie.* » (Lain).

Dans la continuité, Lo évoque un rapport pragmatique et expérimental aux traitements ; « *Les psychiatres, j'ai peu de bonnes expériences. La plupart du temps, c'est juste quelqu'un qui me fait des ordonnances. [...] On teste des traitements. C'est un peu expérimental. [...] on essaie de trouver des molécules qui marchent* », et ajoute en rigolant : « *C'est un peu mon dealos, mais avec un service client* ».

Ces pratiques reposent sur une connaissance de soi : connaître son corps-esprit, observer les effets, ajuster les doses ou changer de molécule. Ainsi, l'auto-organisation matérielle du soin conjugue savoir-faire psychocorporel et volonté de maintenir la maîtrise sur ses propres décisions de santé et de vie. Ici, l'expérience vécue remplace ou complète les certifications institutionnelles. Elles rejoignent aussi les réflexions sur les formes d'agentivité *trans-crip-queer* (Baril, 2022 ; Smilges, 2025 ; Kafer, 2013), où la réappropriation du soin devient une manière de redéfinir ce que signifie « prendre soin » hors des normes dominantes. Ainsi, ces pratiques de l'autonomie créent des marges d'action qui permettent non seulement de prendre soin, mais aussi de transformer le rapport de force avec les institutions médicales.

Par ailleurs, pour nombre de participant.e.s, l'accès au soin se pense comme une série de choix ciblés des liens avec les institutions médicales. Cette sélectivité répond à un impératif : protéger son intégrité dans des espaces médicaux perçus comme potentiellement dangereux. Le contrôle des relations de soin devient alors une stratégie d'autonomisation, où la sélection des professionnel.le.s, le refus de certains segments du parcours institutionnel et la gestion des informations délivrées constituent autant de leviers. Pour Alex qui n'a pas eu jusqu'à présent de nécessité de voir un.e psychiatre dans un cadre de transition, cette possibilité rassure : « *Je pense que je serai plutôt en confiance [...] parce que je choisirai les praticiens.* ». E, de son côté, a : « *« trouvé une médecin traitante absolument fantastique [...] hyper dans le consentement.* » ; mais pointe que : « *Le problème, c'est comment on passe de ces individus à des institutions.* ». Ces pratiques s'inscrivent dans ce que Espineira (2011) a nommé le bouclier thérapeutique, c'est-à-dire la contrainte à passer par des médiations professionnelles pour accéder à la légitimité (médicale), tout en s'efforçant d'en limiter les effets de contrainte. Lain illustre cette vigilance par un double mouvement de retrait et de filtrage : « *J'ai tout fait pour passer par un médecin généraliste uniquement. Politiquement, j'avais pas envie d'aller voir un psychiatre pour mes questions trans.* ». Ce refus s'appuie sur une critique politique de la psychiatrisation des parcours de transition (Stryker, 2006 ; Espineira, 2011). Pour Lain, la sélection des soignant.e.s relève d'un véritable choix très réfléchi et calculé : « *C'est une soignante que j'avais présélectionnée [...] que j'ai sur-choisie.* ». Le contrôle ne porte pas

seulement sur la personne des soignant.e.s, mais aussi sur la nature des relations de soin. Choisir un.e psychologue, plutôt qu'un.e psychiatre, permet par exemple d'éliminer la possibilité de prescriptions non consenties ou d'internement : « *Elle ne peut pas me prescrire de choses. Elle ne peut pas m'interner.* » (Lain).

Marcus, comme d'autres, mobilise un réseau de confiance pour orienter ses choix : « *Je vais toujours discuter avec quelqu'un [...] qui peut me dire si cette personne est safe niveau identité trans, si cette personne est safe niveau identité d'origine, si cette personne pratique de manière bien telle ou telle chose.* ». Ces pratiques montrent que la sélectivité n'est pas une absence de soin, mais une redéfinition de ce qu'est un soin acceptable. Elles traduisent ce qui était développé précédemment comme une vigilance et une gestion des risques constantes dans les dynamiques relationnelles et au sein des institutions. La constitution de réseaux d'information est une réponse adaptative à ces enjeux, ils servent à préserver des espaces de sécurité et de contrôle dans un environnement que l'on sait répétitivement violent pour des personnes partageant des caractéristiques minorisées.

Au-delà du contrôle des relations de soin, plusieurs participant.e.s revendiquent un droit fondamental à définir elleux-mêmes leurs besoins & priorité, ainsi que le rythme de leur parcours. L'autodétermination se traduit dans des décisions refusant de placer la validation institutionnelle comme condition préalable à l'action ou à l'existence. Alex exprime clairement cette autonomie dans le rapport à l'identité et au soin, à propos de diagnostic : « *Je m'en fous un peu qu'on me dise que je sois ça ou ça. Clairement, là, on est dans de l'autodétermination. Je n'ai pas forcément besoin qu'on me dise que je dois être ça. Ça me fatigue.* » et précise plus loin : « *J'ai envie de savoir qui je suis avant d'éventuellement demander un avis extérieur [...]* ». Ces propos soulignent une volonté de poser ses propres critères de légitimité, à partir d'une connaissance intime de soi, plutôt que de se conformer à des normes médicales ou administratives.

Pour certain.e.s, cette autodéfinition passe aussi par un rapport sélectif à l'information et le choix de ses propres temporalités. E, par exemple, évoque la recherche active de contenus pertinents au moment où le besoin se fait sentir : « *Là, depuis un an, un an et demi, je lis davantage de choses parce que j'ai besoin de me renseigner, de m'informer et de me rassurer.* ». Cette maîtrise du calendrier personnel et du contenu mobilisé traduit un refus ou une incapacité de se voir imposer un rythme ou un cadre extérieur non-adapté, rejoignant les

analyses de Price (2011) sur les « *kairotic spaces*⁸⁵ » dans l'académie et celles de Barnett (2024) sur les temporalités (a)sociales : les temporalités institutionnelles entrent ainsi en friction avec des temporalités vécues et choisies. De la même manière Marcus développe cette autonomisation dans la recherche d'informations comme stratégie : « *C'est déjà le fait de faire ses propres recherches, le fait de ne pas toujours faire confiance directement de première vue à ce que les professionnel.le.s de la santé nous racontent. [...] Je vais toujours vérifier mes informations, je vais toujours discuter avec quelqu'un d'autre, quelqu'un qui a eu un suivi pareil ou similaire.* ».

Par ailleurs, la démarche s'ancre aussi dans des références subjectives, personnelles ou politiques qui échappent à la validation médicale. Pour C., la relation à la spiritualité constitue un pilier d'existence, d'émancipation et de cohérence personnelle vital et fondamental : « *Je m'appuie [sur ma relation avec Dieu], [...] C'est là où je suis moi-même totalement.* ». Et quand je lui demande « *C'est un peu comme ton espace alternatif de soin quoi ?* », C. me répond par l'affirmative. Cette pluralité des sources de légitimité et de soin rejoint la perspective de Clare (2017) sur les formes de guérison et de cohérence situées, au-delà du paradigme curatif dominant. Par ailleurs, on trouve cette puissance émancipatrice interne sous d'autres formes chez d'autres participant.e.s comme chez Jamie : « *Moi, j'ai toujours pensé qu'il y avait la bonne solution en moi.* ».

Ainsi la logique d'autodétermination implique de considérer parfois que l'expertise vécue prime sur l'expertise institutionnelle. Marcus résume cette conviction : « *Pour moi, c'est comparable aux personnes qui ont des maladies chroniques [...] et qui, du coup, sont très très très bien informées dans leurs troubles, leurs problèmes, qui vont chercher des spécialistes [...], j'entends souvent que ces personnes, ces patients, ils vont être mieux informés de manière plus personnelle et de manière plus pertinente que les professionnel.le.s. Et je me sens de la même manière quand il s'agit de santé mentale.* ». Cette posture renverse le schéma médical dominant : au lieu que l'institution définisse ce qui est « nécessaire » ou « approprié », c'est la personne qui fixe ses propres objectifs, et ne recourt au cadre médical que lorsqu'elle le juge pertinent et sous ses propres modalités. Dans cette perspective, la légitimité à agir ou à être reconnu.e ne dépend pas d'une étiquette diagnostique ni d'une reconnaissance extérieure, mais d'une auto-évaluation consciente et située. On retrouve ici le mouvement décrit par Walker (2021) et Johnson (2021) dans le cadre *neuroqueer* : un déplacement des centres de légitimation pour

⁸⁵ Traduction libre : « les bons moments » ou « les moments opportuns ».

privilégier l'auto-définition et l'expérience à partir de soi comme geste de résistance et de soin. Il ne s'agit pas nécessairement de rejeter tous les savoirs et les pratiques médicales en bloc, mais de repenser leur construction, leur transmission et leur application. Ainsi, l'autodéfinition des besoins et des objectifs s'inscrit dans une logique politique de reprise de pouvoir sur sa vie où l'on se reconnaît comme source principale de savoir sur soi-même. Elle permet de replacer le soin, la transition et le bien-être dans un horizon choisi, plutôt que prescrit, rompant avec la dépendance aux filtres et validations institutionnels.

En définitive, ces pratiques d'autonomisation multiples témoignent d'une volonté affirmée de redéfinir les conditions mêmes du soin. Au-delà de contourner les violences institutionnelles, elles permettent de réinscrire le pouvoir d'agir dans l'expérience vécue et la connaissance intime de soi. Cette réappropriation individuelle du parcours incarne une forme de résistance politique questionnant la légitimité du médical pour la recentrer vers le vécu. En cela, ce processus affirme que « prendre soin » ne peut être réductible aux normes dominantes, voire ne peut s'y dérouler dans ces cadres où les pratiques exclusives et violentes y perdurent. Néanmoins, cette autonomie ne se déroule jamais de manière tout à fait isolée : elle s'appuie sur des transmissions de savoirs, des conseils, des réseaux et des circulations d'expériences qui en assurent la possibilité, l'évolution et la diffusion.

3.3.3 Faire soin autrement : espaces relationnels, communautaires et pratiques collectives

Que ce soit en marge ou en interaction de circuits médicaux et psychiatriques classiques, les participant.e.s témoignent investir & créer des espaces où le soin s'envisage autrement : moins comme un acte unilatéral délivré de manière descendante par un.e professionnel.le que comme un processus relationnel, partagé, plus ou moins horizontal. Ces lieux, qu'ils soient intimes, entièrement communautaires ou situés à la frontière avec l'institutionnel (centres de santé queer, associations, groupes d'usager.e.s), constituent à la fois des refuges et des terrains d'expérimentation. Ces espaces offrent la possibilité d'être accepté.e pour soi davantage, dans davantage de dimensions et d'élaborer ou de redéfinir collectivement ce que « prendre soin » peut signifier. Ces espaces et pratiques déstabilisent les hiérarchies traditionnelles soignant.e / soigné.e, en affirmant un droit collectif à définir ses propres pratiques et priorités.

Ces espaces-refuges, qu'ils soient autogérés, militants, ou situés à la croisée entre logique communautaire et cadre institutionnels déconstruisent davantage les pressions à la normativité cisgenre, saniste et neuronormative. Ils sont présentés comme des lieux spatio-temporels où il semble moins risqué de se présenter plus sincèrement sans mettre en place un panel d'outil défensifs et sans devoir se justifier constamment, pour accéder à du soutien et de l'aide. Dans les lieux entièrement communautaires, la sécurité provient de l'appartenance partagée et de la co-construction des règles et buts. Dans les lieux hybrides, comme les centres de santé queer ou certaines associations, cette sécurité repose sur une affinité politique et une attention spécifique aux besoins des personnes concernées, même si le cadre institutionnel reste présent en arrière-plan et constitutif de leurs organisations.

Ainsi, ces espaces communautaires produisent des formes de légitimité qui échappe (ou au moins en partie) aux filtres académiques et institutionnels. En cela, ces espaces remplissent plusieurs fonctions ; protection face à la violence institutionnelle, reconnaissance mutuelle, base de soutien émotionnel et social, accès à des ressources. Dans les espaces relationnels / communautaires, la sécurité provient d'une co-construction des dynamiques fondatrices organisant le cadre et d'un partage de références vécues. Alex explique par exemple qu'il ne se lancerait jamais seul dans certaines démarches médicales : « *Mes relations, mes alliés, ma communauté, elle sera là pour m'accompagner. Et puis, comment dire, débriefer ce qu'aura pu être. Je ne me verrai pas me lancer là-dedans tout seul. Ce n'est pas possible.* ». Marcus ajoute de la nuance à cette idée : « *Pour moi, il est essentiel de faire confiance à sa propre communauté. Et faire confiance, ça ne veut pas dire de toujours prendre à la lettre ce qu'ils disent ou de leur croire de première vue. C'est de faire une comparaison avec ce qu'on sait déjà, et faire une comparaison aussi avec les personnes de confiance* ». Cette dépendance au collectif illustre ce que Clare (2009, 2017) met en avant dans ses analyses des communautés *queer* et *crip* : des pratiques de soin orientées non seulement vers la survie, mais aussi vers la création d'horizons d'émancipation partagés. Ainsi, ce rôle de soutien va bien au-delà de la simple entraide logistique. Il s'agit aussi de se sentir reconnu.e dans des dimensions habituellement stigmatisées. En ce sens, les espaces relationnels et communautaires permettent de substituer à la hiérarchie verticale du soin une logique horizontale de co-construction. Ils participent à ce que Spandler & Barker (2016) décrivent comme lieux communs aux *Mad Studies* et *Queer Studies* : des lieux où soin et politique ne sont pas séparés, mais vécus comme indissociablement liés.

Pour Alex, l'appartenance à une communauté stigmatisée peut être une ressource : « *Cette folie-là, cette part de folie-là, je me rends compte que c'est aussi ce qu'aiment les gens. [...] j'essaie de me l'approprier, ce terme, de la façon la plus positive possible [...] Aussi en m'investissant et en militant dans la communauté* ». Cette appropriation s'inscrit dans une dynamique de réappropriation qui rappelle les mouvements de *Mad Pride* (Beresford & Russo, 2022), où les termes vécus folx stigmatisés sont réappropriés et visibilisés dans l'espace public pour devenir des sources de fierté et de solidarité collective. Lain parle aussi des effets de son investissement militant : « *J'ai toujours fait partie des gens qui tenaient les programmes d'accès aux soins psy [...] Je pense, d'une manière aussi, le militantisme sur ces questions-là, ça a atténué des peurs et ça m'a... Et renforcé certaines, mais ça m'a permis d'avoir un sentiment de contrôle* ». Lo, de son côté, décrit des « *Groupes de soins pour gérer des potes ou soi-même.», ou encore un squat refuge pour personnes queer et folles/neurodivergentes comme un lieu rare et précieux, « complètement autogéré, sans soignant.e.s* », où la folie pouvait être vécue sans contrainte normalisatrice institutionnelle : ces espaces autogérés rejoignent la critique du paradigme du cure formulée par Clare (2017). De plus ici, la fonction de refuge ne se limite pas à l'évitement de la violence psychiatrique : elle permet aussi une redéfinition des normes de vie commune, où la neurodivergence et la folie ne sont pas perçues comme des déviances à corriger, mais comme des composantes légitimes de la diversité humaine (Walker, 2022).

Les lieux hybrides, eux, offrent une interface entre logique communautaire et accès à certains services médicaux. Marcus cite par exemple le Checkpoint à Paris, un centre de santé queer avec dépistages, psychologues et psychiatres : « *C'est surtout pour les personnes queer et TDS.* ». Ce type de structure combine un cadre médical, souvent indispensable pour accéder à certains soins, avec un environnement plus respectueux des identités et besoins spécifiques. Notons, que l'enjeu n'est pas uniquement l'accès matériel aux soins, mais la possibilité de les recevoir dans un environnement où l'identité et le vécu sont respectés comme légitimes. E. exprime la valeur de ces espaces affinitaires : « *Pouvoir être honnête sur qui on est et savoir que ça ne va pas avoir d'incidence sur comment on interagit, juste parce qu'on fait partie d'un même groupe affinitaire.* ». Ainsi, ils ont comme caractéristique d'être des points d'appuis essentiels dans les trajectoires des participant.e.s, en permettant de se protéger d'un système dominant intolérant à leurs besoins et expériences.

Comme évoqué précédemment, ces espaces / cadres décrits sont aussi des endroits où se déploient des formes de soin collectif redistribuant les cartes de la hiérarchie traditionnelle entre soignant.e / soigné.e. Ici, le *care* n'est pas réservé à des professionnel.le.s détenteur.ices

d'un savoir médical légitime, mais partagé entre pairs, sur la base de l'expérience vécue, de la réciprocité et de la transmission. Ce déplacement de la légitimité rejoint la critique du paradigme biomédical formulée par Engel (1977) et prolongée par Wade & Halligan (2004) : le soin ne peut être réduit à un acte technique, il est aussi relationnel, contextuel et social. Cela se matérialise dans des formes variées, Jamie & Lain, par exemple, décrivent leur investissement auprès de proches ou de pairs dans l'accès aux droits des personnes handicapées : « *Je fais tous mes potes, je les aide à faire leur dossier MDPH* » (Jamie). Ce type d'entraide repose sur un engagement durable et une connaissance intime des obstacles rencontrés par les personnes concernées.

La légitimité, ici, ne vient pas d'un diplôme, mais d'une compréhension incarnée des réalités sociales et médicales, et d'une volonté de prendre des risques pour protéger les autres : « *C'est pas l'institution qui t'aide. L'institution elle est pas là pour t'aider elle te protège pas. C'est des gens qui prennent des risques pour toi* ». (Jamie). La reconnaissance mutuelle au sein de ces groupes constitue un facteur protecteur majeur. Certain.es participant.es mentionnent aussi des praticien.ne.s « *allié.e.s*⁸⁶ », dont la posture s'éloigne du modèle vertical classique. Il ne s'agit pas seulement de « *professionnel.le.s bienveillant.e.s*⁸⁷ », mais de personnes prêtes à se positionner contre les pratiques institutionnelles dominantes, et à reconnaître les dynamiques de pouvoir présentes, parfois au risque de leur propre légitimité professionnelle. Comme le soulignait Jamie : « *c'est des gens qui prennent des risques pour toi* », ce qui inclut, pour certain.e.s, des soignant.e.s qui acceptent de sortir des protocoles habituels pour préserver l'autonomie des patient.e.s.. Lain témoigne ainsi à propos de la soignant.e « *sur-choisie* » : « *Elle avait conscience du rapport de force qu'il y avait entre elle et moi... c'est pas quelqu'un qui allait mal le prendre si, à des moments, je lui rentrais dedans.* ». Ces formes de solidarité, qu'elles soient portées par des pairs ou par des « *allié.e.s* » professionnel.le.s, participent à redessiner la manière dont le soin est pensé et pratiqué. Elles ouvrent la voie à des relations d'aide où la hiérarchie cède la place à une responsabilité partagée et à une reconnaissance réciproque, rejoignant la perspective de Kafer (2013) et de McRuer (2006) sur des pratiques *crip* et *queer* de solidarité, qui remettent en cause les séparations entre autonomie, dépendance et interdépendance.

⁸⁶ L'utilisation du terme est en « » marquer une distance critique avec son emploi. Il n'est pas question ici de trancher sur son utilisation mais il semblait important de nommer qu'il est source de beaucoup de tensions au sein des communautés marginalisées et minorisées.

⁸⁷ Idem pour l'usage du terme « bienveillant.e.s ».

Ces espaces et relations permettent aux participant.e.s de vivre des moments où les identités multiples (trans, folle, neurodivergente, travailleur.euse du sexe, usager.e de drogue ou des services de psychiatrie, etc.) ne sont pas des sources de stigmatisation, mais de solidarité active. Comme l'ont montré notamment les mouvements *Mad*, *Queer*, *Crip*, et *Trans*, les savoirs issus de l'expérience s'ancrent dans des pratiques collectives qui offrent des alternatives à l'hégémonie psychiatrique, et deviennent un moteur d'organisation politique. Dans cette optique, les pratiques horizontales peuvent être vues comme des actes de réappropriation politiques du soin par le fait le fait de contester la domination exclusive du savoir médical sur les vécus divergents.

En cela, l'expérience vécue devient une ressource collective qui redéfinit les priorités, les méthodes et les finalités du soin. C. le souligne en évoquant l'élaboration collective de directives anticipées : « *C'est vraiment que de la co-construction où on écrit en groupe notre plan de directives anticipées et notre plan d'après-crise. Donc d'un côté, c'est intéressant parce qu'on revient sur nous.* ». Ces pratiques rejoignent les dynamiques pensées dans les épistémologies radicales en ce qu'elles permettent de redéfinir la relation des rapports hiérarchiques dans les échanges. Il s'agit de sortir de dynamiques monétaires ou purement extractivistes, de penser les apports mutuels dans des formes de co-construction, (Godrie, Juan & Carrel, 2022). En soit, elles cherchent à replacer la confiance et l'écoute mutuelle au cœur de la démarche. Comme le précise B à propos de communautés *mad* et antipsychiatriques : « *Je suis tombé.e vraiment sur les groupes d'usagers et d'usagères de la psychiatrie [...] Et ça m'a parlé, en vrai, ce terme de folie pour... englober plein de formes d'expérience et de vécu et aussi pour faire un peu une communauté politique autour de ça quoi et déstigmatiser aussi* ».

Les pratiques de soin horizontal esquissées ne sont pas seulement une alternative palliative aux institutions médicales jugées défailtantes ou violentes mais deviennent une manière d'expérimenter des rapports sociaux où l'aide implique de repenser les hiérarchies de pouvoir, et reposent sur une responsabilité collective envers les personnes. Le soin communautaire devient un terrain d'expérimentation de rapports sociaux différents, où la valeur et la légitimité de chacun.e ne sont pas conditionnées par une conformité aux normes médicales ou sociales. Ces expériences incarnent une souveraineté collective sur la manière de se soigner et de s'organiser, en affirmant le droit de définir soi-même ce qui est nécessaire, souhaitable et acceptable dans un processus de soin. Cette perspective rejoint les réflexions de Kafer (2013) et de Walker (2022) sur le fait d'imaginer des futurs *crip-queer* et *neuroqueer*, à savoir inventer

dès maintenant des manières de vivre et de prendre soin ensemble qui déjouent l'horizon normatif et validiste

Ainsi, les espaces relationnels et communautaires apparaissent comme des lieux où peuvent se réinventer le soin ; à travers notamment l'horizontalité des rapports, la valorisation des savoirs situés, les formes de solidarité active et les possibilités de se présenter et de se reconnaître dans une diversité de dimensions. Ces pratiques collectives dépassent la simple entraide en ce qu'elles constituent des terrains d'expérimentation politique. Dans ces espaces s'élaborent d'autres manières de vivre, de résister et de prendre soin collectivement. E. en parle ainsi : « *Le fait de savoir que c'est des communautés qui préexistent, même la conscientisation de ces choses-là, je trouve ça dingue et un peu magique.* », en parlant de la manière dont des personnes se lient, avant même d'avoir conscientisés des liens « identitaires » (par exemple le fait de se comprendre comme une personne trans et de le transmettre). Néanmoins, si ces espaces portent une force émancipatrice indéniable, ils ne sont pas à l'abri de tensions, de contraintes ou de critiques internes. Leur fonctionnement repose sur des équilibres fragiles, sans cesse traversés par des rapports de pouvoir, des ressources inégales et non-abondantes, de même que des contradictions politiques.

3.3.4 Facteurs contraignant ou entravant les tactiques collectives, critiques intra-communautaires

Si les espaces communautaires et affinitaires jouent un rôle essentiel de soutien et d'expérimentation politique, ils sont aussi être traversés par des contraintes. Loin d'être des îlots isolés, ils sont pris dans le monde et traversés par les enjeux intersectionnels de domination. Cela ne remet pas en cause leur valeur, mais traduit des difficultés communes à toute organisation collective, amplifiées par la précarité, les oppressions systémiques et la charge émotionnelle qui pèsent sur les personnes concernées. Cette charge peut avoir pour effet ce qu'Ahmed décrit notamment ainsi : « *When you are alienated by virtue of how you are affected, you are an affect alien. A feminist killjoy is an affect alien.*⁸⁸ » (2017, p57), ce qui pose la question de comment porter les contradictions du monde en soi lorsque l'on essaie de créer un autre monde de relations. Les participant.e.s évoquent ainsi trois types d'obstacles

⁸⁸ Traduction libre ; « *Lorsque l'on est aliéné par la façon dont on est affecté, on est un alien affectif. Un rabat-joie féministe est un alien affectif.* »

principaux ; à savoir les tensions internes (divergences politiques, conflits de valeurs, différences de privilèges), les obstacles matériels (précarité, fatigue, accessibilité) et des expériences de déception ou d'exclusion. Leur analyse éclaire les zones de fragilité potentielles des collectifs, non comme un échec, mais comme le produit de contraintes structurelles. Mo résume cette idée : « *Je passe par des groupes communautaires justement trans et fous-folles, [...] ce qui me permet [...] de pouvoir me passer de psychiatrie à plein de moments, on va dire, parce qu'il y a ces espaces-là qui existent, mais qui restent des espaces en dehors du domaine médical qui ont aussi leurs limites, même s'ils ont aussi leurs forces de ouf* ».

Plusieurs participant.e.s témoignent ainsi des tensions relationnelles ou politiques au sein des espaces communautaires. Ces tensions ne traduisent pas nécessairement un manque de solidarité, mais souvent la coexistence de vécus et de priorités politiques hétérogènes. Comme le résume Alex, en disant qu'il trouve nécessaire d'être dans démarches pédagogiques : « *l'entre-soi, c'est très bien, mais à un moment donné, on n'avance pas* », soulignant un besoin de dépasser les cercles restreints de personnes déjà acquises à certaines causes pour pouvoir agir sur un plan plus large. Les divergences portent parfois sur la manière de concevoir l'action collective. Jamie, par exemple, décrit certains groupes ainsi : « Les GEM⁸⁹, souvent, ce n'est pas vraiment de l'empowerment de personnes concernées, ou alors à la marge, sur des tout petits trucs, genre on va faire un atelier dessin ou je ne sais pas quoi. Mais il n'y a pas de projet d'organisation politique », ce qui peut créer un sentiment de stagnation. M. évoque aussi « *plein de voix qui peuvent être un peu contradictoires à des moments* » dans les espaces communautaires, ce qui, sans annuler leur utilité, rend parfois la prise de décision complexe.

Par ailleurs, la confiance, essentielle pour que ces espaces fonctionnent comme des refuges, peut être mise à l'épreuve lorsque les valeurs ou les modes de fonctionnement blessent. Jamie mentionne par exemple : « *Dans les espaces militants trans, moi, j'ai pris beaucoup de validisme aussi [...]* ». Ces témoignages rappellent que la proximité identitaire ne garantit pas l'absence de rapports de pouvoir ou de dynamiques internes oppressives ou violentes. De plus, certaines tensions se manifestent aussi face à la gestion de situations de crise. Lain met en garde contre le risque de reproduire, même involontairement, des logiques de contrainte institutionnelles et témoigne d'un processus de : « *[...] repenser le rapport utilitariste à l'HP, parce qu'à force, tu te retrouves dans des situations où tu es un peu en mode, juste à l'extérieur, en gestion collective, on est en train de faire la même chose que l'HP, voire peut-être même un*

⁸⁹ Groupe d'Entraide Mutuelle.

peu moins bien. Est-ce que nous, on a envie d'avoir ce rôle ? ». Cette réflexion invite à interroger les limites de l'autogestion lorsque les collectifs doivent gérer des situations complexes, souvent sans ressources suffisantes. Ces tensions internes, loin d'être propres aux espaces communautaires, prennent ici une résonance particulière : elles se développent dans des contextes où les personnes, notamment trans, folx ou neurodivergentes traversent des difficultés constantes. Comme l'exprime Jamie à propos d'un projet de 2014 : « [...] l'Autistan, genre créer un pays virtuel pour dire on n'a pas notre place, du coup on va créer un pays virtuel. C'était chouette mais comme les gens avaient des difficultés à communiquer, du fait même du handicap, ça n'a pas tenu. C'était le bordel. Du coup, c'est un peu fatigant aussi, et on arrive pas... ». Nommer ces difficultés et tensions ne revient pas à dévaluer ces espaces, mais à reconnaître les défis qu'ils affrontent et la nécessité de penser des modes de régulation internes adaptés à ces réalités. Ces éléments rejoignent l'analyse de bell hooks lorsqu'elle « dit que ces marges ont été à la fois des sites de répression et des sites de résistance » (hooks 2004, p158).

De plus, les espaces communautaires et les initiatives collectives évoluent souvent dans un contexte de ressources limitées. La précarité matérielle et administrative, la fatigue physique et psychique, ainsi que les difficultés d'accessibilité, constituent des freins majeurs à la participation et à la continuité de ces engagements. M. résume cette contrainte matérielle qui limite et précarise : « Peut-être va y avoir une partie des personnels psychiatriques (..) formés à la transidentité, mais qui seront accessibles que par les personnes qui auront accès à ces personnes-là, qui seront souvent des personnes qui auront accès à d'autres ressources de soutien. [...] les personnes les plus marginalisées auront peut-être accès pas du tout à ces ressources d'aide-là. Et du coup, vont se retrouver avec... plutôt l'autre partie qui se sera enfoncée dans une diabolisation peut-être de la transition ou de la transidentité ». Les délais et coûts prohibitifs de certains soins, même auprès de praticien.ne.s « allié.e.s » rendent l'accès difficile, comme le décrit Lo : « Souvent, les praticiens qu'on recommande [...] c'est très recherché. Donc voilà, je trouve qu'il n'y a pas forcément de la place. ». La fatigue, qu'elle soit liée aux conditions de vie, aux discriminations ou à la charge émotionnelle des engagements militants, agit également comme un facteur limitant. B. évoque ainsi le besoin de « retrait » : « Tout le monde se crame [...] j'avais quand même tendance à me cramer très fort dans des trucs de soutien. » Cette usure est d'autant plus marquée que les participant.e.s décrivent souvent un cumul d'emplois précaires, de démarches administratives lourdes et de soins chronophages. Lain témoigne par exemple : « Si je devais faire tout en même temps, j'aurais genre 10 heures

de rendez-vous médicaux par semaine [...] c'est pas tenable. ». Ajoutons que l'accessibilité ne se limite pas aux moyens financiers ou aux délais. Les formats mêmes des rencontres peuvent être un frein : Lo évoque l'anxiété sociale que peuvent générer les grands groupes et préfère « *le format [...] un à un* » jugé moins anxiogène.

Ces limites rappellent que, même dans des espaces se voulant inclusifs, l'accessibilité doit être pensée de manière large, intégrant la diversité des contraintes physiques, psychiques et logistiques des personnes concernées ; ce qui se confronte très régulièrement à des obstacles matériels du fait d'une construction validistes de nos environnements sociaux. Ces obstacles matériels et organisationnels ne traduisent pas de manière anecdotique un manque de volonté individuel, elles révèlent davantage les tensions entre les idéaux de participation collective et les réalités vécues par des communautés souvent déjà fragilisées par la précarisation, la marginalisation et l'épuisement. Dans une lecture intersectionnelle, il apparaît également que ces mécanismes de tri s'articulent avec des logiques racialisées et postcoloniales. Les travaux sur la colonialité de la psychiatrie (Abelhauser et al, 2011), et des travaux intersectionnels plus récents aux croisements *trans-mad-neuro* (Pilling, 2022), mettent en avant les héritages et les conséquences historiques de ces dynamiques oppressives. Dans le travail de Pilling (2022) les disparités d'accès au soin et de traitement entre personnes blanches et non blanche sont flagrantes chez les personnes aux croisements *trans-mad-neuro*.

En plus de ces éléments, les espaces communautaires ne sont pas à l'abri de situations vécues comme excluantes, irrespectueuses ou violentes. Les participant.e.s rappellent que la communauté n'est pas un espace homogène épargné, et que les rapports de pouvoir, les stéréotypes ou les violences systémiques s'y reproduisent à différentes échelles. Certain.e.s évoquent un sentiment d'isolement malgré la proximité avec d'autres personnes concernées. C. explique ainsi : « *Même au [nom d'un centre communautaire autour du rétablissement en santé psychique], je ne leur ai pas expliqué que j'étais trans.* » et ajoute : « *Il n'y a pas de lieu safe.* ». Ce constat ne nie pas l'importance de créer des liens, mais pointe que l'appartenance à une même catégorie sociale ou identitaire ne garantit certainement pas l'absence de violences. E. souligne que la cohabitation entre personnes partageant certaines expériences peut aussi générer des tensions : « *Tu peux vivre dans une communauté avec quasiment que des personnes trans, et on se fait quand même beaucoup de mal.* ».

Ces difficultés peuvent découler de divergences de pratiques, ou de pensées, de communication ou de ressources disponibles, etc. E évoque par exemple une situation où un collectif n'a pas pu répondre aux besoins d'une personne, entraînant une dégradation du lien : « *En fait, tout le*

monde peut essayer de faire de son mieux [...] À avoir les problèmes de communication qui persistent peu importe avec qui tu es. La communication, c'est le pire. ». Certaines expériences de déception sont liées à la persistance de discriminations internes, parfois non questionnées. Jamie relève ainsi que, « dans les espaces militants trans, moi, j'ai pris beaucoup de validisme », et que ses besoins n'étaient pas toujours entendus. Lain renforce cette idée en disant : « Après quelques années, je me suis rendu compte que les gens qui se faisaient cancel [...] c'était souvent quand même des trans bien étiqueté.e.s comme fou-folle du bus [...] parce que du coup [...] tu fais peur aux gens. ».

Ces témoignages n'invalident pas la valeur des espaces communautaires, mais rappellent que, comme tout espace social, ils peuvent reproduire certaines exclusions ou rapports de domination. Les tensions qui y apparaissent doivent être analysées non pas comme des preuves d'échec individuels uniquement, mais comme des indicateurs des conditions matérielles, émotionnelles et politiques dans lesquelles ces espaces se construisent et évoluent ; ainsi que les zones d'améliorations à envisager et développer. Ces éléments mettent en avant notamment les critiques sur le sanisme dans les milieux trans, et du cisgenrisme dans les milieux handi / mad (Espineira, 2011, 2022 ; McRuer, 2006 ; Kafer, 2013, Pilling, 2022 ; Baril 2015, 2019).

Ainsi, les contraintes, les tensions et les mécaniques d'exclusion évoquées par les participant.e.s rappellent que les collectifs communautaires ne sont pas des utopies préservées des rapports de pouvoir. Il ne faut pas mettre de côté qu'ils restent traversés par la précarité matérielle, les inégalités structurelles, les divergences politiques et les violences systémiques. Il semble important de dire néanmoins que ces fragilités n'annulent pas leur valeur et justement, leurs potentiels utopiques, mais soulignent plutôt l'ampleur des défis auxquels ils font face et la nécessité de penser des formes de régulation, de solidarité et de malléabilités dans la remise en question toujours renouvelées. Comme le rappellent hooks (2004) ou Ahmed (2017), les marges sont à la fois des sites de résistance et des lieux où se rejouent les contradictions du monde social, mais elles demeurent des zones d'utopies émancipatrices porteuses. En cela, ces expériences, marquées par la force ou par la difficulté, produisent des savoirs collectifs singuliers : elles invitent à repenser ce que signifie « faire communauté », à interroger les modalités et la nature du soin, ainsi qu'à élaborer des récits critiques sur les conditions de vie et de survie dans ces marges.

3.4 Produire et partager d'autres savoirs : contre-récits, effets et limites du processus participatif

Au regard de ce qui a été développé précédemment il apparaît que la production et la circulation de savoirs situés sont des conditions essentielles de survie, d'autonomie et de résistance pour les personnes trans, neurodivergentes et folles. Ces pratiques permettent de naviguer au sein des institutions médicales, psychiatriques et sociales et de leurs régimes de normativité cisgenre, saniste et neuronormatif. Ces savoirs, souvent dévalorisés ou effacés par les cadres dominants, prennent notamment la forme de contre-récits et rendent intelligibles des expériences minorisées. Ils offrent des ressources pratiques, affectives et politiques. Ils s'inscrivent dans une histoire longue de pratiques communautaires et militantes où l'entraide, le partage d'expériences, l'autodétermination et l'autonomisation constituent des outils de protection et d'émancipation. Dans ce cadre, il s'agit d'observer à la fois comment les participant.e.s décrivent ces formes de circulations et d'apprentissages collectifs. Mais il s'agit aussi d'avoir un retour réflexif sur la manière dont le processus participatif a pu contribuer ou non, à renforcer, formaliser ou transformer ces dynamiques. Autrement dit, il s'agit de tenir ensemble deux mouvements : celui des savoirs produits et échangés par les communautés et participant.e.s elleux-mêmes, et celui des effets de la recherche en tant qu'espace d'expérimentation de recherche participative menée par des personnes concerné.e.s aux croisements *trans-mad-neuro*.

3.4.1 Circulation des savoirs et apprentissages collectifs

Les échanges entre pairs ne se limitent pas à un soutien affectif ; ils constituent un processus actif de production et de circulation de savoirs situés, construits dans l'expérience des rapports avec les institutions médicales, psychiatriques et sociales, ainsi que des organisations entre personnes concerné.e.s. Ces pratiques de résistances épistémiques rejoignent ce que Medina (2013), cité par Frega (2013, p2) exprime comme « [...], *l'utilisation de nos ressources et capacités épistémiques pour saper et modifier les structures normatives oppressives et le fonctionnement cognitivo-affectif complaisant qui soutient ces structures* »

Dans les récits recueillis, cette transmission prend des formes multiples qui s'ancrent dans des pratiques de solidarité horizontale. Ces savoirs, souvent absents ou dévalorisés dans

les espaces biomédicaux et académiques, fonctionnent comme des contre-récits : ils valident des vécus marginalisés, redéfinissent ce qui compte comme expertise et offrent des cadres d'interprétation alternatifs face aux normes dominantes (Espineira, Thomas, 2019). Toutefois, leur circulation est traversée par des contraintes spécifiques aux intersections trans, folles et neurodivergentes telles que le sanisme, le cisgenrisme, la précarisation et les vécus handicapants qui conditionnent les différences d'accès à l'information. L'analyse qui suit s'attache à décrire les modalités concrètes de ces échanges, leurs effets politiques et subjectifs, ainsi que les tensions et limites qui les traversent.

Les participant.e.s décrivent des formes variées et souvent imbriquées de circulation des savoirs. Une première modalité repose sur les recommandations interpersonnelles, qui sensibilisent aux « *conditions d'accès aux droits et types d'aides existantes, au savoir communautaires sur différentes sources de soin légitimes (ce qu'il est conseillé d'aborder, les pièges à éviter...* » (M.). Ces échanges orientent vers des soignant.e., structures et pratiques jugé.e.s plus sûres ou compétentes, permettant de limiter l'exposition aux violences institutionnelles et de favoriser l'autonomisation des parcours. Jamie témoigne par exemple : « *[...] Je les informe sur leurs droits [...] pour des personnes qui sont à la fois trans et autistes.* ». Alex précise trouver quant à lui : « *quelques groupes Whatsapp aussi de gens qui peuvent m'apporter du contenu que je ne connais pas forcément.* ». M. parle lui aussi de ces apports : « *Il y a du savoir communautaire, j'ai l'impression, auquel j'ai accès maintenant, parce que je passe par des groupes communautaires justement trans et fous-folles, où en fait, je reçois beaucoup d'infos comme ça, [...].* ». Ces recommandations sont souvent transmises dans des espaces communautaires informels, plus ou moins organisés, parfois renforcées par des supports matériels ou numériques. Marcus illustre ce rôle clé des pairs dans la facilitation d'un accès au soin plus sûr : « *C'était une recommandation personnelle [...], mon premier rendez-vous, on m'a donné l'ALD, on m'a expliqué comment faire, les démarches, on m'a expliqué comment avoir la complémentaire santé, on m'a expliqué comment... On m'a donné une liste d'endocrinologues. Donc vraiment, c'était une prise en charge parfaite.* ».

Une deuxième modalité concerne les outils comme des guides d'autodéfense, qu'ils soient formalisés ou transmis oralement. Ils peuvent être sous forme de script de survie institutionnelle par exemple, c'est-à-dire avec des consignes précises des démarches à suivre et de techniques pour se présenter afin d'éviter des réactions hostiles ou discriminatoires. M. explique ainsi : « *[...] les conseils qu'on m'a donnés, en gros, c'était de venir avec mon idée en tête si j'avais besoin d'avoir recours à la psychiatrie [...] de tronquer, en fait, les choses que*

j'ai à dire ». Ces échanges visent moins à se conformer qu'à préserver son intégrité dans un cadre où la parole des personnes concernées est fréquemment disqualifiée. Lo : « [...] *des partages de connaissances, des partages de tips sur comment survivre, en fait, en psychiatrie, pour être préparé quand tu y vas* ». Loin d'être neutres, ces scripts de survie illustrent une violence épistémique (Fricker, 2007 ; Dotson 2011), où la parole concernée n'est jugée crédible qu'à condition de se conformer aux codes dominants. Alex en parle dans ces termes : « *Et ce qui est fatigant, mais absolument nécessaire aujourd'hui, c'est de trouver les arguments pour s'opposer aux discours médicaux.* »

Une autre modalité se déploie à travers l'accompagnement mutuel dans les démarches : se rendre à plusieurs à un rendez-vous, relire ensemble des documents, s'entraider pour remplir un dossier MDPH. Ces gestes, décrits par plusieurs participant.e.s, s'inscrivent dans une logique de soin horizontal et contribuent à réduire l'isolement. Alex mentionne ainsi le rôle de supports vulgarisés facilitant ces pratiques, disponibles dans certains espaces : « *On a de plus en plus de supports où le discours écrit ou oral est vulgarisé... si on a la chance de savoir où chercher, la matière, on l'a.* ». Ces différentes modalités de circulation ne sont pas seulement des pratiques d'entraide : elles participent à la constitution d'un ensemble collectif de savoirs situés qui se renforce à mesure qu'il est partagé et enrichi. Elles traduisent une volonté commune de redéfinir l'expertise, en la détachant de son monopole institutionnel pour l'ancrer dans l'expérience vécue et la solidarité entre pairs. Par ailleurs ces circulations construisent aussi des formes internes de légitimation. Alex évoque ainsi le soulagement de pouvoir échanger et se reconnaître dans d'autres parcours, évoquant un retournement subjectif face à des discours normatifs : « *je n'étais pas seul et je n'étais pas taré* ». B. de son côté exprime un besoin de co-construction active dans les relations de soin : « *qu'on essaie de comprendre d'où ça pouvait venir [...], c'est pas des trucs que j'ai trouvés là, c'est des trucs que j'ai essayé de développer ailleurs aussi* ». Ces désirs de co-analyse témoignent de la nécessité de penser des formats de savoirs qui ne soient pas que transmissifs, mais véritablement relationnels. En cela, elles participent au développement de formes de soin non pas vu comme des aides à la personne, mais comme des émancipations collectives, notamment épistémiques, s'inscrivant dans une éthique relationnelle que l'on retrouve dans les théories et pratiques féministes, anti-racistes, *queer*, folles et *crip* du *care* radical (Lorde, 1988, 1984 ; hooks, 2000 ; Piepzna-Samarasinha, 2018 ; Thorneycroft, 2021 ; Spade, 2011 ; Clare, 2009, 2017)

Si ces échanges constituent des leviers d'émancipation, rappelons que leur portée dépend fortement des conditions matérielles, relationnelles et politiques dans lesquelles ils

s'inscrivent. Plusieurs participant.e.s soulignent que l'accès à ces savoirs reste inégalement réparti comme Alex plus haut qui précise : « *si on a la chance* ». Mo rappelle par ailleurs qu'il y a : « *des serveurs [...] des expériences personnelles, [...] ce qui a déjà une valeur forte, mais qui ne sont pas organisées, [...]. Du coup, en soi, la question peut être posée 50 fois, il y aura 50 fois des réponses différentes.* », montrant à la fois la vitalité et la fragmentation de ces circulations. Cette absence de structuration peut limiter leur contrôle mais aussi leur diffusion, notamment vers les personnes les plus isolées ou éloignées des réseaux militants. De plus, la circulation suppose un investissement émotionnel et logistique important. B. relève l'importance d'outils transmissibles pour éviter l'épuisement : « *On fait un outil, il est bon, il est chouette, il est transmissible, on le transmet, on ne se fait plus chier à refaire 15 000 fois de la pédagogie.* ». En l'absence de tels supports, la répétition de la pédagogie peut devenir une charge lourde pour ceux qui détiennent ces savoirs, renforçant les inégalités d'engagement et les pertes de transmission. Ces inégalités d'accès illustrent le fait que certaines personnes se trouvent structurellement privées de certaines ressources de savoir, tandis que d'autres y accèdent plus aisément (Fricker, 2007). Par ailleurs, comme le souligne Espineira (2023), l'absence de dispositifs de légitimation et de transmission contribue à renforcer la marginalisation de ces savoirs, leur diffusion reposant souvent sur des formes précaires et fragmentaires comme le mentionnait M.

Dans ce cadre, nombre de participant·es évoquent la rareté de ressources qui croisent explicitement transitude, folie et neurodivergence. Comme le souligne Jamie : « *c'est assez cloisonné encore* », tandis que Lo exprime : « *Je pense que j'ai surtout eu accès à des ressources sur l'un et sur l'autre, et après moi j'ai fait le pont entre les deux. Je ne crois pas avoir eu tant de ressources que ça qui croisaient ces deux enjeux-là. Bon, possible qu'il y ait des brochures que j'ai lues qui parlent un peu des deux, mais... Si j'ai eu accès... Par exemple, il y a des brochures sur... Mais c'est spécifiquement sur le suicide. Sur le suicide des personnes trans* ». Cette absence de points d'ancrages conceptuels ou communautaires oblige les personnes concernées à bricoler des articulations en naviguant entre différents univers de discours, souvent isolés. Par ailleurs, les transmissions d'expériences, notamment de vécus violents, discriminants ou traumatiques, bien que parfois pensés comme une aide pour se protéger, peuvent avoir des effets de peur paralysante sur les personnes et les collectifs. Comme l'exprime Jamie : « *Déjà, en fait, le groupe de personnes qui était un groupe qui était moitié une asso, moitié plutôt un groupe informel. En fait, ils étaient hyper flippés de la life. [...] La négativité, [...], toujours faire attention, [...] pas vraiment dans l'empowerment* » En précisant : « *Parce*

que tu peux être en mode, ouais, en face, ils sont méchants, ils sont durs, on va s'organiser et puis au pire, on va faire 12 recours et on va être dans le soutien et tu vas y arriver à force, etc. Non, mais c'était pas comme ça. ».

Les circulations peuvent également être entravées par des tensions internes ou des divergences politiques. Marcus évoque ainsi la difficulté de relayer certaines expériences traumatiques sans lisser des réalités complexes et systémiques qui en sont à l'origine. Ce qui peut conduire à un équilibre précaire entre la nécessité de prévenir (notamment en critiquant) et la volonté de protéger des ressources et des liens souvent rares (en complexifiant les rapports relationnels, notamment avec de la défiance) : « *Niveau politique et niveau sur les communications entre les psychiatres, j'ai un peu plus d'hésitation parce que c'est normal de dire quand on a une expérience traumatisante avec un hôpital psychiatrique, [...]. Donc, j'ai un peu plus d'hésitation par rapport à la psychiatrie en général, même si mon psychiatre, personnellement, il est bien. Je pense que c'est un médecin... Je pense que c'est un poste de médecine à regarder avec précaution.* ». Ces tensions peuvent freiner la mise en commun ou conduire à une autocensure partielle. Ces enjeux peuvent rejoindre des divergences politiques plus profondes, comme les tensions déjà identifiées entre les espaces *queer*, *trans* et *mad* (Spandler & Barker, 2016), où la volonté de créer des alliances se heurte parfois à des différences d'approche quant à la mise en récit de la souffrance et de la violence ou des priorités. Enfin, la pérennité des circulations est directement conditionnée par la capacité des participant.e.s à maintenir des espaces sûrs et accessibles. Les contraintes de temps, de santé psychique ou de précarité financière, largement présentes dans les trajectoires décrites, réduisent la possibilité d'entretenir des réseaux d'entraide sur le long terme. Comme le soulignent plusieurs participant.e.s, l'enjeu n'est pas seulement d'initier des partages, mais aussi de concevoir des formats et cadres adaptés et solides.

Enfin, une limite transversale à ces circulations concerne la manière dont les savoirs produits et partagés restent marqués par des rapports d'inégalités internes, notamment en termes d'accès à la parole, de légitimité sociale et de reconnaissance. C. soulève ainsi une critique à propos des personnes dans l'université « *c'est majoritairement des personnes qui savent s'exprimer, qui ont une certaine culture et qui sont blanches, quoi* ». Si cette phrase fait référence au contexte académique, elle permet néanmoins de souligner des dynamiques internes aux communautés et à cette recherche. Ce constat renvoie à la surreprésentation des personnes disposant d'un capital culturel, discursif et racialement situé, dans les espaces de transmission, de production ou même de documentation des savoirs situés. Ces espaces, bien que souvent

pensés et revendiqués comme s'opposant aux normes dominantes oppressives, reproduisent néanmoins des logiques élitistes ou marginalisantes. Les cadres préétablis imposent souvent comme critères relativement implicites des capacités à dire, à faire, à argumenter pour faire sens de son savoir et de son expérience. Ce biais structurel interroge profondément la portée émancipatrice des circulations évoquées : qui parle, comment, et pour qui ? Les savoirs partagés peuvent renforcer la solidarité, mais peuvent aussi participer à exclure plus ou moins indirectement ceux dont les manières d'exister ou de s'exprimer ne cadrent pas avec les attentes.

Ainsi, ces observations invitent à penser la circulation des savoirs comme un processus fragile et contextuel, très mouvant et conditionné par des contextes et des ressources disponibles. Les circulations de savoirs entre pairs apparaissent comme des leviers puissants de résistance, de soutien et d'autonomisation, elles ne relèvent ni d'un processus linéaire ni d'une horizontalité totale. Elles témoignent à la fois des capacités collectives à produire du sens en dehors des cadres dominants et les limites structurelles de cette production face aux obstacles matériels, psychiques, sociaux et politiques. En cela elles ouvrent la voie à une réflexion plus large sur les conditions nécessaires à la production collective de savoirs situés. De plus, cette ambivalence invite à interroger davantage les effets produits par le cadre même de cette recherche participative, en tant qu'espace situé de mise en relation, de mise en mots et de mise en circulation de savoirs pluriels : à savoir comment ce processus a-t-il permis ou non de renforcer des dynamiques d'apprentissage collectif, de reconnaissance mutuelle et d'émancipation épistémique.

3.4.2 Effets du processus participatif : apprentissages méthodologiques, épistémiques et relationnels

L'un des objectifs de cette recherche était de ne pas réduire la recherche à une collecte de données « sur » des personnes concernées, mais de créer des espaces où la production de savoirs puisse être partagée, circuler et se transformer dans l'interaction. Il s'agissait aussi de tenter de limiter la hiérarchie traditionnelle académique. Au-delà des résultats empiriques, il importe donc d'analyser les effets qu'a pu avoir la démarche participative, notamment sur la circulation et la co-construction de savoirs, sur les rapports de pouvoir dans la démarche, sur les dynamiques réflexives et affectives vécues par les participant.e.s comme par moi, et enfin

sur les élans et envies de prolongements collectifs qui ont émergés. Cette circulation n'a pas seulement consisté à partager des données ou des analyses déjà établies, mais a ouvert un espace où les questionnements, les outils et les termes de la recherche pouvaient être discutés, négociés et parfois transformés collectivement. Ces effets sont nécessairement situés et partiels⁹⁰, mais ils éclairent la manière dont une recherche participative peut contribuer, même ponctuellement et à petite échelle, à encourager des manières de construire des réflexions et des liens qui permettent de renforcer la légitimité des savoirs vécus, l'émancipation, le soin et à ouvrir des possibles collectifs.

Ainsi, un des effets de la recherche participative tient à la possibilité, même limitée, de faire circuler des savoirs et de les construire collectivement. Plusieurs dispositifs⁹¹ ont ainsi été mis en place pour ouvrir des possibilités de co-construction et de partage horizontal. Le framapad a été créé pour compiler des ressources pratiques (échanges de ressources, savoirs, textes, questions, supports de travail commun), des propositions de trames et des commentaires sur l'organisation de la recherche. Bien que son utilisation ait été limitée, il a constitué un répertoire commun accessible, dans lequel chaque personne pouvait puiser ou déposer des contenus, et qui a servi de support à l'organisation des entretiens inversés et du groupe de discussion. Ainsi, même s'il a été relativement peu investi, il a néanmoins permis de matérialiser une base partagée et de donner une continuité entre les différentes étapes de la recherche. Comme le résumait M, l'enjeu était de croiser nos connaissances et réflexions afin de faire ressortir des points communs qui pourraient ensuite nourrir des apports communautaires comme des outils pratiques : *« pas en mode de c'est ça, prends ça, mais c'est ça qu'on a compris communautairement de ce qui se passait pour nous »*.

La circulation des savoirs s'est également opérée à travers les allers-retours autour des transcriptions et du codage. Les participant.e.s ont eu la possibilité de relire, d'annoter et de commenter leurs entretiens et leurs tableaux de codage. Ces retours n'ont pas seulement validé ou rectifié des détails mais ont constitué une prolongation du travail d'analyse. E. commente ainsi : *« Je trouve que la forme est hyper intéressante j'ai l'impression que y a un truc où il y a mon segment, mes mots même si je les reconnais pas forcément, et je trouve que « code inductif », il m'aide à comprendre ce que moi j'essayais de dire, tu vois ? Comme un truc de reformulation presque, qui me plait, que je trouve vraiment très chouette »*. M, de son côté, a

⁹⁰ Deux participant.e.s sur huit ont utilisé le framapad, les deux mêmes qui ont réalisé les entretiens inversés (E. et M.), qui ont opéré des retours type commentaires entretiens et codage (écrits et oraux).

⁹¹ Se référer au chapitre II Méthodologie pour leur présentation.

utilisé l'espace des commentaires pour développer une réflexion de fond, reliant son rapport à la psychiatrie à son expérience d'un suivi médical intrusif dès l'enfance. Cet apport, qu'il qualifiait lui-même de « *tangente* », a enrichi ici la compréhension du continuum médical et psychiatrique comme espace de surveillance et de normalisation du genre et du corps : « *Note : ce commentaire traite et précise le rapport à l'institution médicale dans un parcours de « soin » lié à des variations corporelles identifiées avant/à la naissance. Il y traite aussi de la construction du rapport au genre / sexe lié à ces variations et fini sur comment cela impacte le rapport à l'institution psychiatrique en tant que personne dans un parcours de transition. C'est un peu une tangente au sujet mais dans mon cas je peux pas dissocier ces éléments.* ». En cela, les retours, bien que peu nombreux par rapport au nombre de participant.e.s, n'ont pas été anecdotiques : ils ont redéfini des axes d'analyse et enrichi le vocabulaire conceptuel mobilisé dans ce mémoire. Avec les apports de tous les entretiens, cela a permis de développer la réflexion sur des sujets où je pouvais avoir des angles morts. Voici pour donner quelques exemples d'apports majeurs des participant.e.s : les réflexions autour du corps-esprit (*bodymind*) amenés notamment par E., des enjeux autour de la spiritualité, de l'amour, du soin, de l'isolement amenés par C, des enjeux autour de l'infantilisation, de la domination adulte et de l'agisme⁹² développés par M. et Alex, la réflexion sur la vulnérabilité et le vulnérabilisme par Lo et Lain, sur la fatigabilité et l'autonomie par Jamie, sur les enjeux autour de la précarité par Marcus. Ces apports démontrent que la démarche d'allers-retours n'a pas seulement été un outil de validation, mais un lieu de production de savoirs en soi.

Par ailleurs, la préparation et la réalisation des entretiens inversés ont constitué un autre moment de circulation. Ils ont été précédés d'un travail de co-définition sur le framapad : présentation de la démarche, propositions de pistes de questionnement, discussions sur le format et la durée. J'ai fait des propositions initiales qui ont été discutées et les participant.e.s conservaient la main mise sur ce qu'ils trouvaient pertinents et souhaitaient conserver, enlever ou développer dans ces entretiens⁹³. Il s'agissait de mettre à disposition des compétences pour qu'elles soient accessibles et appropriables sans laisser trop d'espace risquant de faire un effet de « vide », comme un effet de vertige qui tendait à stresser des participant.e.s dans le cadre universitaire. Ces précautions visaient à rendre possible une prise de parole où iels pouvaient m'interroger à leur tour en déplaçant partiellement les rapports de pouvoir implicites de la situation d'entretien. Comme le soulignait M sur le framapad : « *ce qui me ferait plus sens ce*

⁹² Discrimination fondée sur l'âge.

⁹³ Voir annexe n° 5.

serait de le voir comme une réponse / continuation du premier entretien qu'on avait mené, dans ce sens-là je le vois plus comme quelque chose de 1v1, plutôt que collectif (à voir selon les envies des autres personnes aussi). En tout cas je crois que jme sentirai plus légitime à rebondir sur ce que tu dis en 1v1, aussi parce que les sujets sont sensibles ». Lo rejoint en partie M., dans cette réflexion sur des modalités plus accessibles d'échange et de freins à la participation : « [...] ça pourrait être si la modalité de la rencontre ou des moments de participation, si c'est un peu angoissant, s'il y a trop de monde, etc. Du coup, ça provoque un peu de l'anxiété sociale. Je dirais que le format, on va dire, un à un, il est confortable parce que c'est pas anxiogène. Après, je pense aussi que... Enfin, bref, ça dépend de comment ça va, quoi. Des fois, t'es plus ou moins capable d'avoir des billes de socialisation. »

Dans la même lignée pour l'organisation de temps de discussion collective, j'ai proposé une présentation et des propositions de trames pour accompagner le travail sans imposer de décisions⁹⁴. La réunion d'organisation de ce groupe (réalisée avec E. et M.), a permis de mettre en lumière des besoins prioritaires : créer des temps de rencontre et des liens de confiance, se transmettre nos expériences à l'intersection trans / folie / neurodivergence notamment, avant d'entrer dans des échanges plus analytiques ou militants. Comme l'exprimait M. dans son entretien : « [...] l'intérêt que ça pourrait avoir d'avoir des expériences croisées sur ces expériences là pour éventuellement faire ressortir des points peut-être un peu saillants dans les expériences de tout le monde qui pourraient on espère se recroiser et peut-être soit former des ressources communautaires ou juste qui peuvent aider pour des gens un peu comme des kits, [...] qu'en tant que personne qui croise ces deux particularités, qu'est-ce qui est intéressant que tu saches ? [...] C'est pas en mode de c'est ça, prends ça, mais c'est ça qu'on a compris communautairement de ce qui se passait pour nous. »

Les entretiens inversés constituent l'une des expérimentations méthodologiques les plus significatives de cette recherche. Il ne s'agissait pas seulement de donner la parole aux participant.e.s, mais de créer les conditions d'un déplacement des rôles et d'une redistribution du pouvoir narratif. Dans ces moments, les participant.e.s prennent l'initiative de poser des questions, de définir les priorités ou d'explorer des pistes que je n'aurais peut-être pas envisagées autrement. Les personnes concernées cessent d'être assignées au rôle d'« objet de savoir » pour devenir co-cherch.eurs.euses et instigat.eurs.rices du processus. Ainsi, lors des

⁹⁴ Le choix a été fait ici de ne pas transmettre ce document d'organisation du groupe collectif puisqu'il se destine à une rencontre entre personnes concerné.e.s par les enjeux *trans-mad-neuro* et n'a pas pour ambition en l'état d'être diffusé.

entretiens avec E. et M., les questions portaient autant sur mon rapport personnel à la folie ou à la transitude que sur la manière dont je conçois la recherche elle-même et les raisons de mes choix, autant personnels que dans l'académie. Pour donner quelques exemples significatifs :

E : « *J'allais un peu poser une question dans l'auto-réalisation ou dans la réalisation de soi-même. Est-ce que tu avais l'impression que c'était un parcours qui était plutôt intérieur ou qui t'a plus été forcé de l'extérieur ?* » & « *Comment est-ce que tu en es venu à l'envie de faire ce mémoire spécifique sur ces sujets de recherche spécifiques ? Voilà, qu'est-ce qui t'a amené là-dedans ?* »

M. : « *Comment est-ce que tu envisages la manière dont sera utilisé ce que tu vas produire ?* » & « *Comment est-ce que tu penses le fait qu'il y a des choses dans tes entretiens, comme tu l'as déjà dit, mais que tu ne veux pas qu'ils soient dans des données accessibles facilement ? Comment tu réfléchis l'arbitrage dans ce que tu peux mettre dans un mémoire, ce que tu peux mettre dans un zine ?* »

Cette inversion permet d'ouvrir des zones aveugles : là où l'entretien classique tend à enfermer les récits dans des cadres prédéfinis, l'entretien inversé déplace le centre de gravité, interroge mes propres catégories et met en lumière des enjeux spécifiques. Ces moments interrogent enfin la prétendue neutralité de la recherche. Dès l'ouverture, E. a questionné le cadre : « *Juste un des trucs que je voulais savoir, c'est est-ce qu'on fait semblant que tu ne sais pas de quoi on parle. Enfin, je veux dire, est-ce qu'on prend en compte le fait que c'est ta démarche ?* », révélant la tension entre savoirs académiques et savoirs situés, neutralité et subjectivité. De plus, les échanges sur les émotions (peur de mal faire, appréhension des deux côtés) ont instauré une symétrie des vulnérabilités, contrastant avec la posture habituelle où seul.e l'enquêté.e est exposé.e. Le cadre a été négocié ensemble, rendant visibles des choix méthodologiques souvent implicites et unilatéraux. Cette réflexivité partagée renforce la densité des savoirs produits, en montrant qu'ils ne sont jamais séparables des subjectivités qui les portent

En cela, être placé.e en position de répondant.e a rendu manifeste des éléments comme ma propre implication, mes fragilités, mes zones de doute, mes biais. Les questions de E. m'ont par exemple amené à m'interroger davantage sur les questions de transmission intergénérationnelles et mes choix de continuer à m'impliquer dans un milieu académique où il est très difficile pour moi de me maintenir, qui impacte ma santé et vis-à-vis duquel je demeure très critique. Cela tient notamment du fait de son inaccessibilité pour beaucoup de personnes

stigmatisées et / ou non-valides ; en n'ayant pas accès aux supports, conditions matérielles et aménagements suffisant pour le pouvoir. Cette conflictualité interne est difficile à concilier. Si je me considère privilégié.e pour y être encore, je me considère par ailleurs responsable : *« J'ai un peu des trucs bizarres, je pense, dans ma tête, de me sentir redevable de personnes qui sont mortes avant nous. [...] J'ai beaucoup d'estime pour les personnes qui ont un peu ce mood de planter des graines dans un jardin qu'iels ne verront pas, tu vois. [...] ça me faisait du sens d'essayer. Même si j'étais pas sûr, parce qu'on a plein de doutes sur à quel point ça peut faire du bien ou pas ou que ça peut être sensé ou utile »,* ce à quoi E. me répond : *« Je pense que je comprends complètement ce truc de lien avec les personnes mortes et dans quoi on s'inscrit, de qui on descend, qu'est-ce qu'on a à prendre, qu'est-ce qu'on a à donner. Et il y a tellement d'entre nous, effectivement, qui n'ont pas accès à une éducation supérieure ou meurent jeunes ou sont juste trop butés par la vie pour pouvoir... ».*

Ces éléments cristallisent notamment ce que ça apporte et ce que ça coûte de s'inscrire dans des recherches en tant que personnes concerné.e.s par les sujets, quand leurs enjeux peuvent être la lutte pour l'existence. M. précise mon commentaire en relisant ce passage : *y a des endroits où il y a des conflits qui peuvent être ou devenir des obstacles parfois pas possibles à surmonter ou qui rendent les trajectoires plus dure (de manière pas toujours visible et donc reconnu). Ca demande de faire avec des expériences de vies qui sont pas prises en compte par les institutions (ici l'université), qui les invisibilisent même ».* Il affirme l'importance de visibiliser ces éléments car beaucoup de personnes concerné.e.s par des vécus minorisés n'ont pas accès ou partent des espaces de production de savoirs comme l'université. Ces exclusions se déroulant souvent de manière silencieuse : *« on a peu de marque de pourquoi et à cause de quelles violences ou freins matériels »* (M.) les personnes abandonnent ces lieux. Cette recherche permet de visibiliser quelques-uns ces enjeux sans prétention à l'exhaustivité ou même à l'abondance.

Un autre effet que la recherche participative a permis tient au soin. Dans le cadre de cette recherche, le soin n'est pas conçu comme une pratique extérieure, médicale ou institutionnelle, mais comme un processus relationnel et collectif qui se manifeste dans les manières de se parler, de s'écouter, de partager des expériences de construire du sens et des horizons enviables ensemble. Plusieurs participant.e.s témoignent d'une sensation de manque de communauté organisée ou accessible pour les enjeux de folie et un sanisme assez présent dans les communautés *queer, trans*. Ainsi que peu, voire pas, d'organisation collective croisant ces enjeux hors de cercles relationnels. Ces vécus croisés sont particulièrement isolants

socialement et en parler peut s'avérer risqué. Dans ce cadre, ouvrir des espaces où les participant.e.s pouvaient non seulement livrer des fragments de leurs vécus, mais aussi éprouver un sentiment de reconnaissance mutuelle et de soutien, participe d'une dynamique de soin nécessaire. L'instauration d'une circulation de la vulnérabilité a pu avoir des effets réparateurs, émancipateurs ou au moins apaisants pour certain.e.s. En ce sens, la recherche participative rejoint les réflexions féministes, trans et folles sur le soin en tant qu'éthique de l'attention et de la responsabilité réciproque. Produire du savoir dans ces conditions ne peut être dissocié des gestes de soin : prendre en compte les rythmes et les limites de chacun.e, reconnaître la charge émotionnelle que représente la remémoration et envisager la recherche comme un lieu possible de répit et de solidarité. Ainsi, la dimension de soin articule production de connaissances et renforcement des liens : « *Et que je pense aussi, là-dedans, de mon intuition, c'est que je pense qu'il y a un potentiel d'émancipation qui peut être grand à penser là, et comme de soins collectifs, j'ai l'impression* » (B.).

Au-delà de l'immédiateté du mémoire, la recherche a aussi ouvert des perspectives orientées vers l'avenir. Ces interactions ont permis l'émergence d'esquisses de projets collectifs : creuser davantage des réflexions, travailler à rendre plus accessibles certains résultats du mémoire, organiser des rencontres régulières, produire des outils pratiques transmis entre personnes concerné.e.s, réfléchir à des formations / sensibilisation, des temps de pédagogie sur ces questions, organiser des groupes d'écriture ou d'autres formats de co-construction, etc. Elles illustrent que la recherche a pu servir de catalyseur, en déclenchant des envies et des réflexions qui pourront se poursuivre hors du cadre académique, ce qui était prévu et avait été dit dès le départ de cette recherche. Ainsi, les échanges ont souvent fait émerger des envies de prolongement.

Plusieurs participant.e.s ont évoqué la stimulation de continuer à réfléchir après l'entretien, de voir surgir de nouvelles idées ou de nouvelles manières de nommer leurs expériences. Loin de clore un cycle, la recherche a pu fonctionner aussi comme un stimulateur de possibles ; notamment en suscitant des projections vers des pratiques collectives de soin, des imaginaires alternatifs (des organisations sociales différentes, des rapports à soi et au monde plus divers, moins discriminants, des prismes de pensées révolutionnaires, ...), ou encore des envies de création et de partage. Cette dynamique rejoint les analyses de Muñoz (2009) sur l'utopie *queer* comme horizon performatif : le fait de se réunir, d'échanger et de penser ensemble engendre des anticipations concrètes d'un monde différent. En cela, les dispositifs participatifs mis en place ne se réduisent pas à la collecte de données, mais deviennent des

occasions d'inventer, d'expérimenter et de laisser affleurer des désirs collectifs de futurs viables.

En somme, les dispositifs participatifs mis en œuvre dans cette recherche n'ont pas seulement enrichi les données, ils ont transformé la recherche et la manière de faire au fur et à mesure. Ils ont produit des déplacements de rôles, des dynamiques de soin, et ouvert des perspectives de prolongements collectifs. Si ces effets demeurent situés, partiels et fragiles, car limités par le cadre temporel et académique, ils permettent néanmoins d'expérimenter et de montrer qu'une méthodologie participative peut être à la fois une pratique de connaissance, une pratique relationnelle et une pratique politique permettant de reposer des questions autour des enjeux éthiques de la recherche. Ils indiquent aussi combien cette recherche ne peut être pensée séparément des liens affectifs et communautaires qui la traversent.

Chapitre IV Conclusion et discussion, exposition des limites et ouverture

4.1 Synthèse et réponse à la problématique

Dans ce mémoire, il n'a pas seulement été question de chercher à documenter des expériences minorisées et marginalisées, mais bien davantage de comprendre et de rendre visibles les régimes normatifs de contrôle qui traversent et blessent ces existences. En partant des récits situés des personnes trans, folles et neurodivergentes, il s'agissait de montrer comment ces logiques de pathologisation, de violences et de délégitimation s'imposent dans les vies, par quels moyens et sous quelles formes. En cela, il a fallu rendre compte de rendre visible des formes assez évidentes jusqu'à plus insidieuses de mécaniques cisgenres, sanistes et neuronormatives. Tout en soulignant les manières dont elles peuvent et sont déjouées, transformées ou réinventées par des formes de résistance et plus spécifiquement de construction de savoirs situés. Ainsi, l'objectif général était double : d'une part, analyser comment les régimes de normativité cisgenriste, saniste et neuronormatif façonnent les subjectivités et les parcours de vie au croisement *trans-mad-neuro* ; d'autre part, montrer comment les personnes concernées développent des formes de résistance, de subjectivation et de production de savoirs situés capables de contester ces cadres nocifs, excluant et pathologisants.

La problématique initiale partait d'un constat : malgré des avancées en matière de dépathologisation et une multiplication des discours de reconnaissance (même en contexte de *backlash*), les personnes trans, folles et neurodivergentes demeurent soumises à des logiques persistantes de pathologisation et de délégitimation puissantes. Aux croisements de régimes de normativité et d'oppressions, la fragilité de la reconnaissance apparaît de façon accrue : les normes de respectabilité construites par chaque champ (cisgenre, neuronormatif et saniste) participent à exclure les expériences qui déjouent ou excèdent leurs frontières.

Dans ce contexte, la question s'est posée de comprendre comment les personnes trans, folles et neurodivergentes vivent et négocient ces régimes de normativité qui tendent à délégitimer leurs expériences, et de quelles manières elles élaborent des formes de résistance et de savoirs situés capables de les contester.

Répondre à cette question supposait de tenir ensemble deux mouvements : l'analyse des effets sur les corps-esprits, les effets sociaux et institutionnels des régimes de normativité cisgenre, saniste et neuronormatif, afin de mettre en lumière leurs mécaniques et l'étude des ressources critiques, politiques et épistémiques développées depuis leurs marges.

En rendant compte de subjectivités trop souvent invisibilisées, en interrogeant les cadres de légitimité épistémique qui structurent leur délégitimation, en expérimentant des dispositifs participatifs de recherche capables d'ouvrir d'autres manières de produire, de partager des savoirs et de repenser des formes de *care* émancipateurs, ce mémoire a cherché à apporter une contribution empirique, théorique et méthodologique aux croisements *trans-mad-neuro*.

L'analyse des matériaux met en évidence un premier ensemble de résultats concernant les effets intimes et sociaux des normes. Les participant.e.s décrivent une tension constante entre la fragmentation identitaire, le doute existentiel et l'épuisement liés à la confrontation quotidienne aux injonctions et violences normatives, ainsi que le désir de reconnaissance et de lisibilité sociale rendus difficiles, voire impossibles. Ces vécus témoignent notamment d'un rapport complexe et large au langage et à la temporalité : les catégories identitaires disponibles sont à la fois nécessaires pour affirmer une existence dans les cadres imposés et insuffisantes pour saisir l'expérience dans sa complexité et ses mouvements. De même, la temporalité normative - qu'il s'agisse de parcours de transition ou de prise en charge dans les institutions psys, s'avère souvent dissonante avec les temporalités vécues, qui sont marquées par des discontinuités, des retards ou des subjectivations contraintes ou empêchées. Face à cette discordance, la plupart développent des stratégies d'« invisibilité protectrice », choisissant de

taire ou de masquer certaines dimensions de soi afin d'éviter la violence, tout en aspirant simultanément à une reconnaissance pleine et entière ; ce qui est une impasse particulièrement difficile, isolante et précarisante.

Ces effets psychiques et sociaux sont construits ou renforcés par les violences institutionnelles, qui constituent un second ensemble de résultats. Les dispositifs de soin apparaissent comme des espaces largement ambivalents. D'une part ils sont vus comme des lieux de recherche d'un mieux-être ou d'un accès à des aides vitales. D'autre part, ils sont perçus comme des endroits de danger, de coercition et de discipline. Les participant.e.s relatent des expériences de soins contraints, d'agressions, de coercitions psychiatriques ou encore de réductions identitaires, de déshumanisations, de processus d'invisibilisation à travers notamment la pathologisation croisée. Le diagnostic, loin de se réduire à une procédure neutre, agit comme un outil de contrôle et de normalisation, assignant des catégories fonctionnelles qui invisibilisent la complexité et la diversité des vécus. La silenciation symbolique et matérielle est également manifeste : les récits des personnes concernées au croisement *trans-mad-neuro* sont fréquemment disqualifiés, considérés comme non fiables ou illégitimes, (re)produisant des injustices épistémiques qui entravent leur accès à la reconnaissance, à des soins adaptés et aux possibilités d'autonomisation et d'émancipation du complexe psy.

Face à ces contraintes, un troisième axe autour des tactiques de résistance a été présenté. Les personnes concernées développent des stratégies de navigation et de retrait en réaction à ces violences, choisissant avec soin quand et comment dévoiler certaines dimensions de leurs expériences. Ces tactiques s'accompagnent parfois de formes d'autonomisation, consistant à se réappropriier son parcours hors des cadres institutionnels normatifs. À l'échelle collective, des espaces relationnels et communautaires émergent comme des lieux essentiels de soins alternatifs et de solidarités, d'apprentissages et d'expérimentations d'autres formes de pensées et de pratiques. Ces dernières permettent de créer des réseaux de soutien et d'inventer d'autres manières de « faire soin », en dehors ou en marge des dispositifs dominants lorsque c'est possible. Néanmoins, ces dynamiques ne sont pas exemptes de tensions : les contraintes matérielles, l'épuisement, les inégalités d'accès ou encore les reproductions de violences en intra-communautaire viennent limiter ou entraver la portée de ces initiatives, leur perdurance et leur évolution.

Finalement, un quatrième ensemble de résultats concerne la production et la circulation de savoirs situés, ainsi que le rôle du processus participatif. Les participant.e.s ont produit des contre-récits qui viennent contester les discours dominants et rendre intelligibles des

expériences invisibilisées. Ces savoirs circulent dans les espaces communautaires, alimentant des apprentissages collectifs, mais leur reconnaissance institutionnelle demeure extrêmement réduite, ce qui peut desservir d'une part mais permet aussi d'éviter des captures. Le processus de recherche participative lui-même a constitué un terrain d'expérimentation, générant des effets méthodologiques, épistémiques et relationnels. Il a permis de valoriser la réflexivité partagée, de questionner les hiérarchies de savoir et de produire des formes, même partielles, de circulation horizontale des expériences. Toutefois, les contraintes structurelles du cadre académique, ainsi que les conditions et possibilités matérielles et psychiques des participant.e.s (où je m'inclus) ont limité la portée de cette co-construction. Ces limites, loin de constituer un simple échec, apparaissent comme révélatrices des tensions structurelles qui traversent toute tentative d'organisation ou de recherche participative impliquant des populations marginalisées, ici par le cisgenrisme, le sanisme et la neuronormativité.

Ces résultats révèlent un double mouvement : une exposition accrue aux normes hégémoniques, aux violences institutionnelles et à l'invisibilisation et à la silenciation, mais aussi l'élaboration de formes de conscientisation et de savoirs situés subversifs, émancipateurs et puissants pour penser d'autres manières de se rapporter à soi, aux autres et à nos environnements. Parce que les cadres imposés demeurent inaccessibles ou insuffisants, ces subjectivités ne se contentent pas de résister : elles remettent en cause les systèmes mêmes de normativité en ouvrant des voies d'émancipation qui échappent aux logiques dominantes oppressives.

Ainsi les résultats permettent d'apporter une réponse claire à la problématique posée : les institutions médicales, psychiatriques et sociales continuent de pathologiser et de délégitimer les subjectivités minorisées trans, folx, neurodivergentes. Qu'il s'agisse des soins contraints, des diagnostics imposés ou de réductions identitaires qui découlent des logiques croisées du cisgenrisme, du sanisme et de la neuronormativité, les participant.e.s décrivent un quotidien marqué par la violence institutionnelle et l'injustice épistémique. Ces dispositifs ne sont pas de simples outils de soin ou de classification, mais des instruments de normalisation qui produisent des effets psychiques et sociaux durables, particulièrement saillants chez les personnes trans, folx et neurodivergentes : fragmentation identitaire, systèmes d'oppressions subis et intériorisés, invisibilité forcée, perte de confiance en ses propres savoirs et sa propre légitimité, précarisation, isolement, détresse de corps-esprit, ...

Cependant, les résultats mettent tout aussi nettement en évidence l'autre versant de cette dynamique : les vécus *trans-mad-neuro* sont également des lieux de subjectivation critique et

de production de savoirs situés subversifs des régimes de normativité nocifs avec une forte portée émancipatrice. Les participant.e.s développent des tactiques de résistance, des espaces de soin communautaire et des contre-récits qui contestent ces régimes et leurs pratiques et inventent d'autres manières de vivre, de dire et de partager leurs expériences. Ainsi, ces formes de savoir ne se limitent pas à une dimension individuelle : elles nourrissent des dynamiques collectives, affectives et politiques qui participent à reconfigurer les cadres de légitimité et ouvrent des perspectives pour des pratiques de soin et de recherche plus justes. Loin d'être de simples victimes de la normativité, elles en révèlent les mécanismes, les contestent et en proposent des alternatives. Ce faisant, elles déplacent les frontières de l'intelligible et enrichissent les horizons politiques et épistémiques pour penser ensemble genre, santé psychique et neurodiversité.

4.2. Apports de la recherche

Sur le plan empirique, ce mémoire apporte une contribution en participant à enrichir un champ peu développé de travaux : cela en documentant et en analysant les expériences croisées du cisgenrisme, du sanisme et de la neuronormativité dans le contexte français. Alors que la littérature scientifique s'est souvent concentrée sur ces vécus de manière séparée, ce travail met en partie en lumière leurs enchevêtrements et les formes spécifiques de normativité et de violence qui en découlent dans des récits incarnés. Les entretiens montrent que ces intersections ne se réduisent pas à un cumul de stigmates et d'oppressions, mais qu'elles produisent des expériences et des tactiques propres.

Pour ce qui est du côté plus théorique, l'analyse critique des formes sélectives et cloisonnées de reconnaissance confirme que les politiques de dépathologisation restent partielles et conditionnelles, souvent en re-pathologisant ou en excluant les personnes hors-cadre « respectable » et admis. L'exploration des vécus *trans-mad-neuro* permet de montrer que ces expériences constituent non seulement des points aveugles pour les institutions, mais aussi des lieux de résistance et de créativité. Dans ce travail, il a été ainsi question de chercher à contribuer ainsi qu'à enrichir les réflexions sur la légitimité épistémique, en soulignant que la reconnaissance doit dépasser les logiques limitatives d'inclusion pour développer des remises en question fondamentales des systèmes institutionnels et précisément ici de la psychiatrie.

Pour ce qui est de la méthodologie, l'expérimentation d'une démarche participative et des entretiens inversés constitue un apport significatif. Même si leur portée a été limitée par le

cadre académique, les conditions matérielles, personnelles et collectives, ces dispositifs permettent de déplacer partiellement les rapports hiérarchiques entre chercheur.euse et participant.e, en ouvrant des espaces de co-construction et de circulation des savoirs. Ils offrent aussi des pistes pour repenser la recherche qualitative comme un processus de soin mutuel et de réciprocité ayant pour objectif de développer des savoirs ancrés, incarnés, émancipateurs et utiles aux populations concernées.e.s par ces recherches.

4.3. Limites

Les apports de cette recherche doivent toutefois être situés dans les différentes contraintes qui l'ont traversée et limites qui en découlent. La temporalité académique courte d'un mémoire de master a constitué un frein majeur à la mise en place d'un véritable processus collectif. Construire un espace participatif exige du temps, de la continuité et des conditions matérielles que le cadre universitaire ne permet pas toujours. À ces contraintes institutionnelles se sont ajoutés des freins structurels partagés par les participant.e.s : fatigue, états psychiques fluctuants, précarité, dispersion géographique, mais aussi effets du validisme, du sanisme, du cisgenrisme, entre autres. Ces oppressions affectent directement la possibilité de prendre part à un projet collectif et la disponibilité pour contribuer de manière régulière.

A cela s'ajoutent des manques d'accessibilité : certains formats privilégiés (textes, entretiens oraux, discussions collectives) ne convenaient pas à tou.s.tes, en raison d'enjeux cognitifs ou d'anxiété sociale par exemple. Ces obstacles, bien qu'atténués par des tentatives de cadres plus inclusif ou d'adaptations ponctuelles et individuelles si possibles, ont limité la participation active et la circulation des contributions. Il semble important de préciser que malgré une volonté d'inclusion, force est de constater que ma proposition de cadre demeurait très limitée sur ce point. Encore une fois le manque de temps et de moyens (matériels et psychocorporels) est un levier majeur. Enfin, ma propre position en tant que chercheur.e concerné.e par une partie des oppressions étudiées et traversé.e par des contraintes de santé psychique, a influencé la dynamique du projet. En parallèle d'un constat de difficultés d'adaptation aux cadres universitaires, il semble important de pouvoir l'analyser comme un

indicateur des tensions structurelles auxquelles font face les recherches participatives menées depuis des positions minorisées.

En cela, ces limites invitent à un processus de réflexivité sur ce que signifie mener une recherche participative dans un cadre académique. Une tension permanente s'est jouée entre l'idéal d'horizontalité et les contraintes matérielles, institutionnelles et personnelles. L'expérience montre que la mise en œuvre de la participation demande pour ce type de recherche une construction des liens plus dense mais aussi des dispositifs plus adaptables et souples, inscrits dans le temps long et dotés de moyens matériels et humains adaptés. Notons que le processus de recherche s'est apparenté à un travail de *care* protéiforme : prendre soin de soi, des autres et du projet lui-même. Les ajustements permanents pour s'adapter aux capacités fluctuantes des participant.e.s, ou pour gérer mes propres limites, font partie intégrante du savoir produit et de ses limites. Ils révèlent que la recherche participative n'est pas seulement une méthode, mais bien plus une pratique relationnelle et affective, traversée par des enjeux de vulnérabilité et de solidarité qui sont rarement visibilisés.

Les savoirs qui en émergent ne prennent donc pas la forme d'une co-construction massive mais plutôt celle d'une expérimentation ayant néanmoins produit des bribes, des esquisses, des traces et des (re)commencements. Loin d'être anecdotiques, ces fragments constituent une ressource précieuse : ils témoignent des possibilités ouvertes et des obstacles rencontrés et dessinent un processus en devenir. Dans une dynamique de remise en question des normes sanistes et validistes, plutôt que d'appréhender ce caractère partiel comme un déficit, il se lit aussi comme un indicateur des conditions concrètes dans lesquelles la recherche a été menée et comme un indicateur des transformations nécessaires pour rendre possible une véritable production collective de savoirs. Ce travail invite en cela à interroger non seulement les vécus et résistances *trans-mad-neuro*, mais aussi les conditions structurelles qui rendent possible ou empêchent la co-construction de savoirs collectifs à ces croisements. Les limites rencontrées dans le processus participatif montrent que la production de connaissances situées ne dépend pas uniquement de la volonté des chercheur.euses ou des participant.e.s, mais qu'elle exige des conditions matérielles, épistémiques et politiques spécifiques.

De plus, la composition de l'échantillon constitue une autre limite importante. Le nombre restreint de participant.e.s ne permet pas de prétendre à une représentativité, ce qui n'était pas le but de cette recherche par ailleurs. Toutefois, cette taille réduite ainsi que les biais de recrutement présentés au Chapitre II.2 a nécessairement limité la diversité des vécus et des perspectives exprimées, ce qui est aussi alimenté par l'accessibilité ou plutôt l'inaccessibilité

des moyens proposés pour participer. Ces enjeux ont ainsi contribué à une certaine homogénéité sociale au sein du groupe : une majorité de personnes blanches, francophones, non-binaires ou transmascs, avec un niveau de familiarité avec les codes militants, universitaires ou associatifs et en capacité d'utiliser les formats de communication dominants dans la recherche. Même si la proposition a été faite de participer sous d'autres formats, force est de constater que ce type de participation ne s'est pas déroulée pour différentes raisons déjà évoquées. Certaines personnes éloignées des espaces militants, universitaires ou des formats discursifs dominants (notamment les personnes non francophones, non lectrices, sans accès au langage écrit ou oral, ou plus fortement isolées) n'ont soit pas pu participer, n'ont pas voulu ou n'ont pas été atteignables via les moyens de diffusion utilisés. Cette homogénéité relative produit un biais structurel, dans la mesure où les modalités mêmes de participation (accès numérique, communication écrite, usage de concepts partagés) ont fonctionné comme des filtres implicites, reproduisant des formes d'exclusion même involontaires.

Par ailleurs, malgré une volonté de produire une recherche intersectionnelle, cette approche est demeurée partielle notamment dans les profils rencontrés : les vécus de racisme, de transmysogynie, de précarité structurelle (entre autres) n'ont été que peu formulés de manière explicite dans les transmissions des récits. Cela ne signifie pas que ces oppressions n'étaient pas présentes, plusieurs participant.e.s pointaient par ailleurs comme une priorité de penser ces enjeux croisés, mais elles ont été très peu verbalisées ou approfondies dans le cadre des échanges. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette absence relative. D'un côté, mon choix méthodologique a consisté à ne pas imposer de grille trop directive afin de laisser aux personnes la liberté de prioriser les dimensions de leur vécu qu'ils souhaitaient explorer. Mais ce positionnement, s'il permet d'éviter des formes d'intrusion ou de projection, a pu aussi limiter l'exploration de certains rapports de pouvoir. Le fait de ne pas avoir posé frontalement certaines questions sur le racisme, les violences systémiques ou les inégalités de classe peut constituer une limite de cette démarche.

De plus ma position a pu agir en tant que filtre, à la fois dans le recrutement et dans la dynamique relationnelle des entretiens et de la recherche. Il est possible que des personnes concernées par des oppressions plus cumulées et que je ne partage pas, n'aient pas souhaité participer à cette recherche ; que ce soit par manque de confiance, par appréhension vis-à-vis de l'institution universitaire ou de moi-même. Ces dynamiques de sélection implicites rappellent que l'accès à la participation, y compris dans une démarche se voulant ouverte et en recherche d'horizontalité, est toujours conditionné par des rapports sociaux de domination et

d'exclusion. En cela, l'approche intersectionnelle mobilisée ici reste incomplète. Elle a permis de faire émerger des articulations entre plusieurs formes de marginalisation (cisgenrisme, neuronormativité, sanisme), mais sans pouvoir rendre pleinement compte de leur intrication avec les rapports raciaux, coloniaux, hétéronormés ou classistes par exemples.

4.4 Perspectives

Ainsi, les travaux et les réflexions développées dans cette recherche et les limites rencontrées ne témoignent pas d'un mouvement finalisé mais d'invitations à prolonger, déplacer et approfondir les quelques pistes esquissées sur différents plans (épistémologique, politique, relationnel, pratique et méthodologique).

Un premier axe consisterait à approfondir les limites explicitées précédemment mais aussi à approfondir les zones aveugles ou peu explorées des croisements *trans-mad-neuro* en renforçant l'attention aux différences de traitement au sein des minorités elles-mêmes. M. soulignait par exemple la nécessité de distinguer les expériences vécues selon les identités de genre : « *Il serait quand même hyper intéressant de faire la différence entre transmasculinité et transféminité, et comment les personnes sont reçues, traitées ou exclues.* ». C. ajoutait de son côté : « *Je pense que ce serait bien pour toi de faire une ouverture ou pas forcément une ouverture, mais pas forcément de creuser creuser creuser parce qu'au bout d'un moment il faut délimiter le sujet mais qu'il y a d'autres intersectionnalités. Par exemple, c'est plus difficile, je pense, pour certaines personnes racisées de parler de transidentité ou de neuroatypie.* ». Ces écarts d'expérience, notamment en psychiatrie, sont souvent masqués par une approche homogénéisante qui gomme ces enjeux. De même, Marcus insistait sur l'importance de recentrer les efforts, de ne pas demeurer sur de la théorie mais de passer à des formes de pratique pour soutenir les personnes les plus marginalisées à différentes intersections : « *Est-ce qu'on peut aider plus de personnes trans ? Est-ce qu'on peut aider plus les personnes trans précarisé.e.s ? Est-ce qu'on peut aider plus la jeunesse queer, précarisée ? Est-ce qu'on peut aider la partie de la communauté plus vieille, des gens plus âgés, qui sont queer, qui sont trans, qui sont précaires, qui sont à la retraite, qui ont le chômage, qui n'ont plus de boulot ? Donc je pense que c'est ce type de gens que... En tout cas, moi, qui me fait penser que c'est les gens qui ont le plus besoin de notre aide. Surtout que... Surtout les personnes qui sont à un niveau de précarité où on voit à l'intersection de SDF et queer, trans et zinzin.* ». En cela, à quoi bon

produire du savoir si celui-ci ne permet pas d'améliorer matériellement les conditions de vie des personnes concernées ? Ces interpellations exigent que la recherche ne soit pas seulement évaluée par ses résultats théoriques, mais aussi de ses effets concrets d'apports et de redistribution : comment la rendre utile, partageable, transmise, utilisable dans des collectifs, dans des lieux de soin, dans des pratiques de soutien, dans des luttes ?

En cela, un dernier axe tient aux enjeux de la mise en circulation des résultats. Cette recherche a débuté avec l'idée de ne pas laisser les réflexions qui y sont développées à l'intérieur du cadre universitaire. Ainsi, plusieurs participant.e.s ont évoqué le désir de poursuivre, de rendre accessible, de diffuser autrement les éléments issus de cette recherche : formats audio, zines, ateliers de partage, groupes d'écriture, auto-formations, passage radio, etc. Ces pistes dessinent des prolongements possibles à imaginer hors du cadre académique, dans une logique de restitution et d'émancipation, ainsi que de rencontre, de production de liens et de renforcement des savoirs partagés. Cela suppose de s'extraire des formats normés pour créer des formes différemment accessibles, bien davantage co-construites que ce qui a été possible ici, en lien avec des dynamiques de soin, de (sur)vie et de transmission intergénérationnelle queer, trans et folle.

Fin : En somme, la portée de ce mémoire réside dans ce déplacement : faire des subjectivités *trans-mad-neuro* non pas des objets de pathologisation ou de tolérance conditionnelle, mais des lieux à partir desquels penser autrement la santé, la diversité et la production de savoirs. Ce mémoire n'est pas seulement un travail académique. Il est le produit d'une expérience incarnée, traversée par les tensions de vivre, de penser et de produire depuis des positions minorisées dans ces cadres dominants. La recherche n'a pas été pour moi un exercice de neutralité, mais un geste profondément situé, marqué par les fragilités, les résistances et les solidarités qui l'ont rendu possible. En ce sens, ce mémoire est aussi un geste politique partagé avec les participant.e.s à tous les niveaux.

Bibliographie

- Abelhauser, A., Ben Mrad, M., & Béquignon, E. (2011). *La psychiatrie coloniale*. Presses Universitaires de Rennes.
- Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M.-J., Del Volgo, M.-J., & Maleval, J.-C. (2011). *La folie évaluation : Les nouvelles fabriques de la servitude*. Mille et une nuits. ISBN : 978-2-7555-0631-0
- Alvarez, C.-L. (2019). Impact du genre sur le diagnostic psychiatrique : Une revue de la littérature [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux 2]. UFR des Sciences Médicales.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Appignanesi, L. (2008). *Mad, bad and sad: A history of women and the mind doctors*. Virago.
- Ashley, A. (2025). *Neurotrans Affect: Choreography, cocreation, and coalitional resistance*. *Transgender Studies Quarterly*, 12(2), 190-207. <https://doi.org/10.1215/23289252-11710350>
- Awkward-Rich, C. (2022). *The terrible we: Thinking with trans maladjustment*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2vr9cxt>
- Back, C. (2024). *Nos « silences construits » : Nommer la violence épistémique au fondement de la théorie queer*. *Genre, sexualité & société* (31). <https://journals.openedition.org/gss/8657>
- Baril, A. (2013). La normativité corporelle sous le bistouri : (Re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité [Thèse de doctorat, Université d'Ottawa, Institut d'études des femmes]. <https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/73e546df-3e45-4019-9c63-bd4d51c6c104/content>
- Baril, A. (2015a). La cisnormativité et l'idéologie cisgenre. In D. Tremblay (Ed.), *Nouvelles perspectives en études trans* (pp. 25–48). Presses de l'Université du Québec.

- Baril, A. (2015b). *Transness as debility: Rethinking intersections between trans and disabled embodiments*. *Feminist Review*, 111(1), 59–74. <https://doi.org/10.1057/fr.2015.21>
- Baril, A. (2018). Hommes trans et handicapés : Une analyse croisée du cisgenrisme et du capacitisme. *Genre, sexualité & société*, (19). <https://doi.org/10.4000/gss.4931>
- Baril, A. (2019). Cisnormativité, cisgenrisme et cisvalidisme. In D. Juteau (Ed.), *Dictionnaire critique du féminisme* (3^e éd.). Presses Universitaires de France.
- Baril, A. (2022). *Défaire le suicidisme. Une approche trans, queer et crip du (non-)suicide*. Remue-ménage.
- Barnett, J. (2024). Neuroqueer frontiers: Neurodiversity, gender, and the a/social self. *Sociology Compass*, 18(9), e13113. <https://doi.org/10.1111/soc4.13113>
- Barr, S. M., Budge, S. L., & Adelson, J. L. (2021). Psychosis in transgender and gender nonconforming individuals: A review of the literature and a call for more research. *Psychiatry Research*, 304, 114111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114111>
- Beltran, G. (2022). *Les besoins en santé mentale des personnes migrantes LGBTI : entre orientation généraliste et soutien communautaire*. *Santé Publique*, 34(HS2), 251–260. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0251>
- Ben-Moshe, L. (2020). *Decarcerating disability: Deinstitutionalization and prison abolition*. University of Minnesota Press. <https://doi.org/10.5749/j.ctv10vm270>
- Beresford, P., & Russo, J. (Eds.). (2022). *The Routledge international handbook of Mad Studies*. Routledge.
- Bigé, E., & Blanchard, E. (2024). Trans*crip. *Multitudes*, 94(1), 157–159. <https://doi.org/10.3917/mult.094.0157>
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, 225(1), 70-88. <https://doi.org/10.3917/dio.225.0070>
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573. <http://www.jstor.org/stable/186939>
- Bouzy, J., Dravet, Y., & Mérioua, M. (2023). Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(7), 2960-2978. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05807-4>

- Bigé, E., & Blanchard, E. (2024). Trans*crip. *Multitudes*, 94(1), 157- 159. <https://doi.org/10.3917/mult.094.0157>
- Bouzy, J., Brunelle, J., Cohen, D., & Condat, A. (2023). Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 323, Article 115176. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115176>
- Burstow, B., LeFrançois, B. A., & Diamond, S. (2014). *Psychiatry disrupted: Theorizing resistance and crafting the (R)evolution*. McGill-Queen's University Press.
- Busfield, J. (1996). *Men, women and madness: Understanding gender and mental disorder*. NYU Press.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble : Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Butler, J. (1997). *The psychic life of power : Theories in subjection*. Stanford University Press.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Butler, J. (2024). Ces corps qui comptent. *Raisons politiques*, 83(1), 47- 60. <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2024-1-page-47.htm>
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.cangu.2013.01>
- Castel, R. (1971). L'institution psychiatrique en question. *Revue française de sociologie*, 12(1), 57-91.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Minuit.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques*. Minuit.
- Castrodale, M. A. (2017). Critical disability studies and mad studies: Enabling new pedagogies in practice. *The Canadian Journal for the Study of Adult Education*, 29(1), 49-66.
- Chamberland, L., & Saewyc, E. (2012). Stigma, vulnerability, and resilience: The psychosocial health of sexual minority and gender diverse people in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1-5. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0012>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*.
- Chouliaraki, L. (2020). Victimhood: The affective politics of vulnerability. *European Journal of Cultural Studies*, 24(1), 10-27. <https://doi.org/10.1177/1367549420979316>

- Church, K. (2012). Making madness matter in academic practice. In B. LeFrançois, R. Menzies, & G. Reaume (Eds.), *Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies* (pp. 181-190). Canadian Scholars Press.
- Clare, E. (2009). *Exile and pride: Disability, queerness, and liberation* (2nd ed.). Duke University Press.
- Clare, E. (2017). *Brilliant imperfection: Grappling with cure*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822373520>
- Collins, P. H. (1990). Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. Routledge.
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: Recent and new directions. *Research in Sociology of Health Care*, 6, 283–321.
- Conrad, P. (1987). The noncompliant patient in search of autonomy. Report, The Hastings Center, 17(4), 15–17. <https://doi.org/10.2307/3563177>
- Coville, M., & Lallet, M. (2023). La contribution des études féministes et neuroqueer à la production des savoirs sur le genre et l'autisme. *Genre, Sexualité & Société*, (30). <https://doi.org/10.4000/gss.8474>
- Crenshaw, K. W. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), Article 8. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Daley, A., & Pilling, M. D. (2012). *Interrogating psychiatric narratives of madness: Documented lives*. Palgrave Macmillan.
- Di Grazia, M., Sammartano, F., Taverna, C., Knowles, A., Trombetta, C., & Barbone, F. (2021). *Epidemiologic considerations on gender incongruence in adults, adolescents and children and mental health issues: A review of the literature*. *Sexologies*, 30(1), e61–e75. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.002>
- Di Grazia, M. (2022). Considerations on critical issues of categorizations of gender incongruence in epidemiologic research. *Sexologies*, 31(3), 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.12.002>

- Diamond, S. (2017). Trapped in change: Using queer theory to examine the progress of psy-theories and interventions with sexuality and gender. In B. M. Z. Cohen (Ed.), *Routledge international handbook of critical mental health* (pp. [pages si tu as]). Routledge.
- Domin, J.-P. (2013). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). *Histoire, médecine et santé*, 4, automne 2013. <https://doi.org/10.4000/hms.355>
- Dorlin, E. (2006). *La matrice de la race*. La Découverte.
- Dotson, K. (2011). Tracking epistemic violence, tracking practices of silencing. *Hypatia*, 26(2), 236–257. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x>
- Duster, T. (2003). *Backdoor to eugenics*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203426951>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Enxuga, G. (2022). The authority to claim identity: Epistemic justice in gender-affirming healthcare [Master's thesis, McGill University]. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/t722hc14z>
- Espineira, K., & Thomas, M. Y. (2019). Études Trans : Interroger les conditions de production et de diffusion des savoirs. *Genre, sexualité & société*, (22). <http://journals.openedition.org/gss/5916> <https://doi.org/10.4000/gss.5916>
- Espineira, K. (2023). Savoirs trans : une lutte pour la légitimité. Des expériences associatives aux productions académiques. *Revue du Crieur*, 22(1), 4-11. <https://doi.org/10.3917/crieu.022.0004>
- Espineira, K. (2011). Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation. *Le sujet dans la cité*, 2(1), 189-201. <https://doi.org/10.3917/lstdlc.002.0189>
- Espineira, K., & Thomas, M.-Y. (2022). On ne peut pas être trans et neuroatypique. In *Transidentités et transitude : se défaire des idées reçues* (pp. 101-106). Le Cavalier Bleu.
- Essevaz-Roulet, E. (2022). *Vécus transgenres et handicapés : des processus d'invisibilisation croisés* (Mémoire de master 2, Université Lumière Lyon 2). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03933966>

- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Éditions Odile Jacob. ISBN 978-2-7381-0596-4
- Fanon, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*. Éditions du Seuil.
- Fanon, F. (1961). *Les damnés de la terre*. Éditions Maspero.
- Fernando, S. (2010). *Mental health, race and culture*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-137-01368-2_2
- Fernando, S. (2014). *Mental health worldwide: Culture, globalization and development*. Palgrave Macmillan.
- Feyeux, A. (2021). La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre. *Sociétés contemporaines*, (121), 111-138. <https://doi.org/10.3917/soco.121.0111>
- Feys, J.-L. (2020). Transidentité et délire. *L'information psychiatrique*, 96(8), 667-674. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2169>
- Fink, M. (2020). Trans cripp killjoys: Affect, pain, and deconstructing mental illness. *The Review of Disability Studies: An International Journal*, 16(1), 1-12.
- Fitzpatrick, C., & Voronka, J. (2016, février 10). Trans activists, don't throw mad people under the bus! *Feministing*. <https://feministing.com/2016/02/10/trans-activists-dont-throw-mad-people-under-the-bus/>
- Foucault, M. (1961/2006). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité, tome 1 : La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (2001). Les techniques de soi. In *Dits et écrits*, II. 1976–1988 (pp. 1602–1632). Gallimard.
- Fradelizi, J. (2020). *Comorbidités psychiatriques dans la population transgenre : Revue de la littérature* [Thèse d'exercice, Université de Paris Cité]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03168498>
- Frega, R. (2013). José Medina, The epistemology of resistance. *European Journal of Pragmatism and American Philosophy*, 5(1). <https://doi.org/10.4000/ejpap.678>

- Fritz, L. (2025). *Matérialité, accessibilité, frictions : une analyse des dispositifs sociotechniques autour de l'autisme et de la neurodiversité* [Thèse de doctorat, Université Paris 8]. HAL. <https://hal.science/tel-05019487/document>
- Fricke, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-170684-4.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, Article 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Gilman, S. L. (1985). *Difference and pathology: Stereotypes of sexuality, gender, and madness*. Cornell University Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*.
- Godrie, B., Juan, M., & Carrel, M. (2022). Recherches participatives et épistémologies radicales : Un état des lieux. *Participations*, 32(1), 1-50. <https://doi.org/10.3917/parti.032.0011>
- Goffman, E. (1961). *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Random House.
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gorman, R., Saini, A., Tam, L., Udegbe, O., & Usar, O. (2013). Mad people of color-A manifesto. *Asylum*, 20(4), 27. <https://asylummagazine.org/2013/12/mad-people-of-color-a-manifesto-by-rachel-gorman-annu-saini-louise-tam-onyinyechukwu-udegbe-onar-usar/>
- Gould, S. J. (1996). *The mismeasure of man* (Rev. ed.). W. W. Norton & Company. (Original work published 1981)
- Guttieres-Green, L. (2003). Hystérie éternelle, encore et toujours. *Revue française de psychanalyse*, 67(4), 1139–1158. <https://doi.org/10.3917/rfp.674.1139>
- Halberstam, J. J. (2005). *In a queer time and place: Transgender bodies, subcultural lives*. NYU Press.

- Haraway, D. (1988). Situated knowledges : The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Cornell University Press.
- Haritaworn, J., Kuntsman, A., & Posocco, S. (Eds.). (2014). *Queer necropolitics*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203798300>
- 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(5), 460-467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Higginbotham, E. B. (1993). *Righteous discontent: The women's movement in the Black Baptist Church, 1880-1920*. Harvard University Press.
- hooks, bell. (2004). Choosing the margin as a space of radical openness. In S. Harding (Ed.), *The feminist theory standpoint reader: Intellectual and political controversies* (pp. 153-159). Routledge.
- Hoy-Ellis, C. P. (2023). Minority stress and mental health: A review of the literature. *Journal of Homosexuality*, 70(4), 578-599. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2004794>
- Human Rights Campaign. (2015). *Trans lives: Positive visibility in the 21st century*. Human Rights Campaign Foundation. <https://reports.hrc.org/trans-lives-positive-visibility>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022, mars). *Trans lives & positive visibility: How news & media can positively cover trans and non-binary stories*. <https://reports.hrc.org/trans-lives-positive-visibility>
- Humphreys, C., Hodgekins, J., Shetty, H., et al. (2025). Understanding the intersections between ethnicity, area-level deprivation, and inpatient-related features among patients with psychotic disorders: A mental health electronic records analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60, 1957-1969. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02908-1>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender

- Equality. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>
- Jack, K. (2023). A queer critique of psychiatric knowledge: Medicalising queer sadness. *New Zealand Sociology*, 38(1), 81-94.
- Jefferson, H. (2023). The politics of respectability and Black Americans' punitive attitudes. *American Political Science Review*, 117(4), 1448-1464. <https://doi.org/10.1017/S0003055422001289>
- Johnson, M. L. (2021). Neuroqueer feminism: Turning with tenderness toward. *Feminist Formations*, 33(1), 1-26.
- Kafer, A. (2013). *Feminist, queer, crip*. Indiana University Press.
- Klein, A. (2008). La santé comme norme de soin. *Philosophia Scientiæ. Travaux d'histoire et de philosophie des sciences*, 122, Article 122. <https://doi.org/10.4000/philosophiascientiæ.127>
- Labrecque-Lebeau, L., Dauphinais, C., & Ouellet, G. (2023). « Ça reste encore mystérieux pour moi » : Récits et expériences du genre chez les personnes autistes. *Genre, sexualité & société*, (30). <https://doi.org/10.4000/gss.8509>
- Landman, P. (2016). Le diagnostic psychiatrique et la discrimination. *Cliniques méditerranéennes*, 94(2), 117–124. <https://doi.org/10.3917/cm.094.0117>
- Law, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Routledge.
- Law, J. (2006). *Making a mess with method* (Version du 19 janvier 2006). <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2006MakingaMesswithMethod.pdf>
- Lefrançois, B. A., Menzies, R., & Reaume, G. (Eds.). (2013). *Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholars' Press.
- Lefrançois, B. A., & Diamond, S. (2014). Queering the sociology of diagnosis: Children and the constituting of “mentally ill” subjects. *CAOS: The Journal of Critical Anti-Oppressive Social Inquiry*, 1(1), 39–61.
- Lefrançois, B. A., Beresford, P., & Russo, J. (2016). Destination Mad Studies. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*. <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1690/1342>

- Lewis, B., Ali, A., & Russell, J. (Eds.). (2024). *Mad studies reader: Interdisciplinary innovations in mental health*. Routledge.
- Lewontin, R. (1972). The apportionment of human diversity. *Evolutionary Biology*, 6, 381-398.
- Lorde, A. (1984). *Sister Outsider: Essays and Speeches*. Freedom, CA: Crossing Press.
ISBN : 9780895941411
- Lorde, A. (1988). *A Burst of Light: Essays*. Ithaca, NY: Firebrand Books.
ISBN : 9780932379184
- Malabou, C. (2005). La plasticité en souffrance. *Sociétés & Représentations*, 20(2), 31-39.
<https://doi.org/10.3917/sr.020.0031>
- McColl, M. A., Adair, W., Davey, S., & Kates, N. (2013). The learning collaborative: An approach to emancipatory research in Disability Studies. *Canadian Journal of Disability Studies*. <https://doi.org/10.15353/cjds.v2i1.71>
- McRuer, R. (2006). *Crip theory: Cultural signs of queerness and disability*. NYU Press.
- Medina, J. (2013). *The epistemology of resistance: Gender and racial oppression, epistemic injustice, and the social imagination*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929023.001.0001>
- Meerai, S., Abdillahi, I., & Poole, J. (2016). Counternarratives of “madness” and resistance: A decolonizing praxis. In B. A. LeFrançois et al. (Eds.), *Mad matters* (pp. 114-128). Canadian Scholars.
- Meerai, S., Abdillahi, I., & Poole, J. (2016). An introduction to anti-Black sanism. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 18-35.
<https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1682/1328>
- Meerai, S., Abdillahi, I., & Poole, J. (2017). When the suffering is compounded: Towards anti-Black sanism. In S. Wehbi & H. Parada (Eds.), *Reimagining anti-oppression social work practice*. Canadian Scholars’ Press.
- Metzl, J. M. (2009). *The protest psychosis: How schizophrenia became a Black disease*. Beacon Press.

- Metzl, J. M. (2020). *Étouffer la révolte : La psychiatrie contre les Civil Rights, une histoire du contrôle social*. Broché.
- Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge.
- Morrill, K. (2025). Review of *Undoing Suicidism: A Trans, Queer, Crip Approach to Rethinking (Assisted) Suicide* by Alexandre Baril. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 8(3), 115–116. <https://doi.org/10.7202/1118911ar>
- Muñoz, J. E. (1999). *Disidentifications: Queers of color and the performance of politics*. University of Minnesota Press.
- O'Brien, K. J., Lipner, E., O'Brien, K. J., Huque, Z. M., Anglin, D. M. & Ellman, L. M. (2025). An intersectional examination of the relationship between racial/ethnic discrimination and psychotic-like experiences: The role of other psychiatric symptoms. *European Psychiatry*, 68(1), e6. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1796>
- Parry, S. (2021). Multiplicity, the experience of more than one self in the body, is an underresearched area of young people's mental health. *PMC*. [Peer-reviewed qualitative study on multiplicity and language].
- Pache, S., & Mathieu, M. (2023). De la psychologisation de l'oppression à l'analyse du pan idéal des rapports de domination. *Recherches féministes*, 36(2), 1-19. <https://doi.org/10.7202/1111371ar>
- Pele, A. (2023). *Vécus transgenres et cooccurrence d'un trouble psychotique, particularités phénoménologiques et spécificités de prises en charge. Une revue de la littérature* [Thèse d'exercice, Université de Lille]. Université de Paris Cité. <https://hal.science/tel-03973859>
- Piepzna-Samarasinha, L. L. (2018). *Care work: Dreaming disability justice*. Arsenal Pulp Press.
- Pilling, M. D. (2022). *Queer and trans madness: Struggles for social justice*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-90413-5>
- Pilling, M. D. (2025). *Mad Studies: The Basics* (1st ed.). Routledge. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.4324/9781003561552>

- Prendergast, C. (2003). On the rhetorics of mental disability. In M. Nystrand & J. Duffy (Eds.), *Towards a rhetoric of everyday life: New directions in research on writing, text and discourse* (pp. 189–206). University of Wisconsin Press. (Reprinted from *Wilson & Lewiecki-Wilson*, pp. 45–60)
- Price, M. (2011). *Mad at school: Rhetorics of mental disability and academic life*. University of Michigan Press.
- Price, M. (2015). The bodymind problem and the possibilities of pain. *Hypatia*, 30(1), 268-284.
- Primerano, A. (2022). L'émergence des concepts de « capacitisme » et de « validisme » dans l'espace francophone. (*incomplète — plus d'infos nécessaires pour une citation APA complète*)
- Puar, J. K. (2017). *Terrorist assemblages: Homonationalism in queer times*. Duke University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv125jg6f>
- Puiseux, C. (2017). *Introduction à la théorie crip*. [En ligne]. Disponible sur : <https://charlottepuiseux.weebly.com>
- Pullen Sansfaçon, A., Baril, A., & Gelly, M.-A. (2020). Digging beneath the surface: When disability meets gender identity. *Canadian Journal of Disability Studies*, 9(4), 1-23. <https://doi.org/10.15353/cjds.v9i4.666>
- Rimke, H. (2016). Introduction—Mental and emotional distress as a social justice issue: Beyond psychocentrism. *Studies in Social Justice*, 10(1), 4-17. <https://doi.org/10.26522/ssj.v10i1.1407>
- Rose, N. S. (1985). *The psychological complex: Psychology, politics and society in England, 1869-1939*. Routledge Kegan & Paul.
- Rose, N., & Abi-Rached, J. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press.
- Schalk, S. (2018). *Bodyminds reimaged: (Dis)ability, race, and gender in Black women's speculative fiction*. Duke University Press.
- Shildrick, M. (Ed.). (2012). *Dangerous discourses of disability, subjectivity and sexuality*. Palgrave Macmillan.

- Singer, J. (1999). "Why can't you be normal for once in your life?" From a "problem with no name" to the emergence of a new category of difference. In M. Corker & S. French (Eds.), *Disability discourse* (pp. 59–67). Open University Press.
- Smilges, J. L. (2022). Queer silence. *Transgender Studies Quarterly*, 9(4), 528–544. <https://doi.org/10.1215/23289252-9876543>
- Smilges, J. L. (2022). *Queer silence: On disability and rhetorical absence*. University of Minnesota Press. <https://doi.org/10.5749/9781452967845>
- Smilges, J. L., & Greenberg, S. (2025). Toward a trans[crip] theory: Introduction. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 12(2), 152–161. <https://doi.org/10.1215/23289252-11713354>
- Spade, D. (2011). *Normal life: Administrative violence, critical trans politics, and the limits of law*. South End Press.
- Spandler, H., & Barker, M.-J. (2016, July 1). Mad and queer studies: Interconnections and tensions. *Mad Studies Network*. <https://madstudies2014.wordpress.com/2016/07/01/mad-and-queer-studies-interconnections-and-tensions/>
- Steinmetz, K. (2014, June 9). *The transgender tipping point: America's next civil rights frontier*. *Time Magazine*. <https://time.com/135480/transgender-tipping-point/>
- Stone, S. (1991). The "Empire" strikes back: A posttranssexual manifesto. *Camera Obscura*, 10(2), 150–176. https://doi.org/10.1215/02705346-10-2_29-150
- Stryker, S. (2006). (De)pathologizing trans. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 713–714. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9075-4>
- Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Seal Press.
- Stryker, S., & Whittle, S. (Eds.). (2006). *The transgender studies reader*. Routledge.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.
- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2020). Gender minority stress: A critical review. *Journal of Homosexuality*, 67(10), 1471–1489. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1550238>

- Thorneycroft, R. (2021). *Crippling sexualities: An autoethnography of masculine (in)visibility*. In L. Burns & M. De Vere Brody (Eds.), *Disability and the politics of visibility* (pp. 131–148). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429325265-9>
- Toutou-Burckard, H., Mousques, J., & Com-Ruelle, L. (2024). *Isolement et contention en psychiatrie : Une pratique persistante dans un cadre réglementé*. Questions d'économie de la santé, n° 288. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/288-isolement-et-contention-en-psychiatrie.html>
- Touzard, C. (2025). *Folie et résistance*. Paris : Flammarion. ISBN : 9782080413534
- Tschalaer, M. (2022). Queer necropolitics: Experiences of LGBTQI+ asylum seekers in Germany. *Journal of Contemporary European Research*, 18(1), 112–126. <https://doi.org/10.30950/jcer.v18i1.1262>
- Van Veen, C., Ibrahim, M., & Morrow, M. (2018). Dangerous discourses: Masculinity, coercion, and psychiatry. In J. M. Kilty & E. DeJ (Eds.), *Containing madness: Gender and 'psy' in institutional contexts* (pp. 225–246). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89749-3_11
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*, 329(7479), 1398–1401. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398>
- Walker, N. (2012). Throw away the master's tools: Liberating ourselves from the pathology paradigm. In The Autistic Self Advocacy Network (Ed.), *Loud hands: Autistic people, speaking* (pp. 225–237). The Autistic Press.
- Walker, N. (2021). *Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic embodiment, and the sensory world*. Autonomous Press.
- Withers, A. J. (2012). *Disability politics and theory*. Fernwood Publishing.
- Wolfe, G., & Fogwell, N. (2022). DSM discrimination and the LGBT community: Using the history of diagnostic discrimination against sexual minorities to contextualize current issues in transgender and gender diverse mental healthcare. *Psychology from the*

Margins, 4, Article 2.
<https://ideaexchange.uakron.edu/psychologyfromthemargins/vol4/iss1/2>

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases 11th revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/>

Yergeau, R. (2018). *Authoring autism: On rhetoric and neurological queerness*. Duke University Press.

Annexes

Annexe n°1 - Tableau : « Présentation des participant.e s »

Ce tableau a été rempli à l'aide des réponses des participant.e.s à une feuille / questionnaire de présentation. Il a été proposé de le remplir seul.e ou avec de l'accompagnement. Le choix a été fait de conserver les réponses telles quelles dans le tableau sauf pour des exceptions qui ont été généralisées à des fins d'anonymisation.

Participant.e.s	Alex	M.	E.	Jamie	Lain	Marcus	C.
Pronom(s)	Il	Il	Il/Elle (en alterné)	Iel	Elle	Il ou ær	Il
Identité(s) de genre	Trans non-binaire	Personne trans masc	Tous les A-genre / sexe / romantique	Personne trans non-binaire (Évite les trucs comme afab trans masc c'est assez éloigné de mon vécu et je trouve ça grave binarisant ou essentialisant > j'ai clairement un passing transfem en plus)	Meuf trans	Je veux être défini en tant qu'un homme transgenre (ou juste un homme trans) ou en tant qu'une personne non binaire trans.	Queer
Identité(s) et / ou expériences de dissidence / divergence psy et /ou neuro et / de folie	Dysphorie, illégitimité, syndrome de l'imposteur	Trouble borderline / bipolaire	Handicapé.e Neuroatypique Autiste => fatigue chronique, douleur chronique, TCA, difficultés sensorielles exacerbées en termes de son, lumière et de panique sociale Dépression pas chronique mais cadre de dépression longue (15ans) => dépression	Autiste et en dépression	Schizophrène/ psychotique, et tox	J'aimerais noter que je suis diagnostiqué avec un TDAH combiné, dépression et anxiété, et je ne suis pas loin d'obtenir un diagnostic d'autisme. Je pense être atteint d'un trouble dissociatif d'identité, du trouble de la	Pour ma situation j'aimerais être « caractérisé » de malade psychiatrique, bipolaire avec dépression résistante avec trouble du spectre autistique et isolé.

Participant.e.s	Alex	M.	E.	Jamie	Lain	Marcus	C.
			<p>spécifique : influe sur cerveau et neurochimie : plus t'es dedans longtemps plus c'est dur d'en sortir et plus ton cerveau fonctionne avec la dépression et plus ça s'entretient. Deuil long => rapport au deuil qui n'a pas été géré ou pris en compte, pas de soutien et qui du coup influe encore aujourd'hui beaucoup panique que des personnes meurent, qu'il meurt, beaucoup d'anxiétés liées à la mort qui bloque dans la vie quotidienne. Stress- posttraumatique : deuils, violences policieres, violences intra- communautaires.</p>			personnalité antisociale et d'un trouble de la personnalité narcissique. Cependant je n'ai pas de diagnostic pour les trois derniers, et je ne compte pas en avoir.	
Age ou tranche d'âge	47ans	27ans	31ans	28 ans	28ans	Je souhaite qu'on indique mon âge par « début de sa vingtaine » ou par simplement 20 ans.	25ans
Contexte géographique ou local	Début de transition dans une petite ville de 13 000 habitants	Grande ville / région grande ville / ville en milieu majoritairement rural	Le fait d'habiter dans une petite ville de campagne est confortable, avec toutes les difficultés vécues. Le fait d'habiter en campagne plutôt qu'en grande ville soulage les	Grande ville / contexte urbain	Grande ville	Je suis né dans une ville dans l'Etat de São Paulo au Brésil, et j'y ai vécu jusqu'à mes 14 ans. Ça fait donc 5 ans que j'habite en France, dont 2 ans (dans un	Vit dans une grande ville depuis 5ans, né en campagne dans une ville riche.

Participant.e.s	Alex	M.	E.	Jamie	Lain	Marcus	C.
			problèmes, permet de mieux vivre et d'interagir avec les gens. A vécu principalement en France, à part un petit temps aux Pays-bas, principalement en campagne ou petites villes de campagnes, expériences grandes villes terribles.			département proche de Paris). Je trouve ça important car cela a été vital pour ma transidentité.	
Lien ou rapport avec les institutions médicales et/ou psychiatriques	Peu de lien, 2 expériences délicates voire mauvaises dans mon parcours de transition	Lien à l'institution psychiatrique et médicale dans l'enfance puis coupure et maintenant lien à l'institution psychiatrique par besoin d'accès (médicament, aménagement au travail)	Accès aux soins difficiles (psy surtout même si physique aussi). A des endroits faits de pas être écouté ou crue dans la jeunesse => méfiance globale envers l'institution. Ça va un peu mieux ces dernières années (diag autistique 2020 par un CRA considéré comme bien comme institution – écoutée, entendu, prise en compte). Depuis vie en campagne, accès aux soins étonnamment plus simple, pour être pris en compte => trouvé qq personnes dans le système médical de confiance / comparé à la ville où expérience « à la chaîne ». Accès à l'AAH récemment. Accès aux soins	Beaucoup d'errance médicale et de violence. Je n'ai aucune confiance dans les medecins ou même les soignant.e.s, certain.e.s peuvent m'être utiles ou aidant.e mais j'ai trop peur qu'ils me fassent du mal.	En ce moment en rupture de soin psychiatrique depuis ... 2 ans. J'étais suivie à un hôpital psychiatrique Suivi par une psychologue au CSAPA AAH carré jusqu'en 2028	Je suis suivi par un psychiatre du Checkpoint (centre de santé LGBTQ+), un médecin que j'apprécie. Mon traitement contient de la Sertraline, Abilify et Lepticur, ces médicaments sont prescrits par le même psychiatre. Mon suivi psychologique est beaucoup moins apprécié car le trouble dissociatif d'identité, antisocial et narcissique ne sont pas pris en compte. Je n'ai pas besoin d'un diagnostic pour ces troubles, mais je ne me sens pas pris au sérieux quand il s'agit de ces	En permanence en lien avec les institutions médicales et psychiatriques . Très en colère sur ces institutions.

Participant.e.s	Alex	M.	E.	Jamie	Lain	Marcus	C.
			bcp trop chers pendant longtemps, compliqué pour accès à la ritaline /ex, seul psychiatre bien trouvé 125euros la séance. Maintenant davantage d'accès à des ressources, parcours de soin simplifié.			troubles en spécifique.	
Eléments de vécu ou de position sociale	Au niveau amical : issu de la classe bourgeoise catholique avant ma transition Actuellement militant actif dans assos féministes et/ou LGBTQIA+	Blanc, classe moyenne, capital culturel (étude scientifique), actuellement employé dans une entreprise à statut mi public/mi - privé en CDD. Personne assez isolée, du mal à se situer plan validité/invalidité. Enfance en classe sociale aisée et intellectuelle ; mes deux parents ont dû cesser ou changer de métier à cause de problèmes de santé. Evolue dans les milieux communautaires trans-zinzin-tox-tds. Entourage souvent plus précaire que lui. Différentes expériences de : classe vécues (aisée, moyenne, plus précaire), de milieux de vie (milieu rural, urbain, péri-urbain), de milieux sociaux côtoyés et de conditions d'existence	Personne blanche Eléments pertinents de vie, ayant formé socialement : d'une part l'enfance – tout le rapport avec son père – famille blanche / personnes blanches mais avec un père traité comme l'étranger là où elle a vécu – fracture sociale avec les autres – jamais vraiment inclus dans vie sociale (dédain et distance compliquant rapports déjà compliqués de par l'autisme infantile). Dans vie adulte – fait d'avoir vécu sur des zones d'occupations – déconnexion au monde => dur de reprendre le fil socialement. Classe moyenne (croit mais pense que oui) : mère	En tant que personne handie j'ai été baladé.e de psy en psy et stigmatisé.e toute mon enfance. En tant que personne trans j'ai dû performer un genre binaire et faire semblant pour accéder à des soins. Je subis de la transphobie à quasiment chaque interaction avec les pros de santé. Je suis saoulé.e par le biopouvoir, je suis en colère qu'on ne puisse pas librement prendre les décisions qui concernent notre santé, et je n'hésite pas à me bagarrer avec les médecins pour que mon autonomie soit respectée même si c'est	Rupture familiale étudiante handie militante dans les espaces trans parisien	J'aimerais faire remarquer que je suis au chômage actuellement, et que je compte demander la RQTH et l'AAH auprès de la MDPH.	Pour ma situation sociale donc isolé et précaire. Pratiquant d'une religion. Queer. Métisse.

			prof, mais seule à travailler et à soutenir une famille de quatre, vie « normale mais pas bien ». Dans milieu militant, a fini par se rendre compte que bcp de personnes appartenent à une classe supérieure à la sienne.	grave fatigant. Je milite pour que chaque personne puisse avoir accès à l'info et aux substances dont elle a besoin, en autonomie.			
Besoins d'anonymiser	Non	A discuter ensemble	Pas besoin que ça reste strictement anonyme si ça fait sens d'être nommé	Oui avec autres précisions	Non avec autres précisions	Non, je souhaite participer de manière non-anonyme.	J'aimerais que mon entretien soit complètement anonyme.
Limites, préférences, conditions pour la participation	Non	Possibilité de relecture avant publication, anyway je compte m'impliquer dans le travail.	Voudrait bien relire les passages qui le concernent, afin que ce soit bien compris mais tout ce qui est dit l'est pour être utilisé.	Non c'est bon	Relire avant validation	J'aimerais pouvoir relire les extraits qui me concernent avant de donner la validation pour le publier.	Je veux bien m'organiser pour les focus groupe. Mon planning est très dégage. Je veux bien participer aux étapes de réflexions, que ce soit l'organisation ou autre mais en pouvant me permettre si c'est possible de ne pas être dispo, même si c'est au dernier moment.
Autre(s) élément(s), expérience(s) situation(s) demandé(s) à prendre en compte	Peut-être l'âge ?	/	Fait que toutes les personnes dans ses cercles proches sont aussi des personnes trans neuroa => pense que ça influe la manière dont			La rupture de stock des médicaments, dont la Sertraline, ce qui m'affecte directement.	

Participant.e.s	Alex	M.	E.	Jamie	Lain	Marcus	C.
-----------------	------	----	----	-------	------	--------	----

			<p>elle perçoit le monde. Déconnexion aux mondes cis-hétéro et neurotypiques => influence dans la manière dont il perçoit les choses.</p>				
Ajouts	Merci	Si besoin de préciser tu me dis.		Merci	Nn c carré	Rien à rajouter.	

Annexe n°2 - Message d'invitation à participer

Sujet : Invitation à rejoindre une recherche participative par et pour les personnes ne se reconnaissant pas dans les normes de genre et de normes neurotypique ou psychotypique dominantes.

Bonjour, je m'appelle Billy, je suis une personne trans genderfluid folx blanche en M2 en Etudes sur le genre. Cette année, je souhaite mener une recherche participative qui s'intéresse aux vécus et expériences des personnes non-cisgenres et évoluant hors des standards dominants neurotypiques ou psychotypiques.

Pourquoi cette recherche ?

Elle part du constat qu'une grande partie des discours sur nos identités sont dominés par des institutions médicales et psychiatriques souvent sans nous inclure. Ces discours tendent à pathologiser, invisibiliser ou déformer nos réalités. Cette recherche vise à déconstruire ces normes en s'appuyant sur nos vécus, nos savoirs et nos stratégies de résistance pour produire des connaissances plus justes et inclusives en prenant en compte les inégalités structurelles qui nous traversent.

À qui s'adresse cette invitation ?

Cette recherche s'adresse aux personnes dont le vécu de genre sort de la norme cisgenre hégémonique et dont le vécu neuro-psy sort de la norme neurotypique ou psychotypique hégémonique. Cela inclut donc une grande variété de vécus différents.

Je tiens à reconnaître que ces expériences sont multiples et qu'elles s'inscrivent dans des réalités socio-culturelles spécifiques, marquées par des inégalités de genre, de classe, de race et de validité notamment. Ces oppressions, parfois croisées, peuvent rendre certains vécus particulièrement invisibilisés ou stigmatisés. Je suis conscient.e que ces dynamiques ne sont pas équivalentes ni comparables, et qu'elles doivent être abordées en tenant compte de leurs spécificités. Si vous avez des suggestions ou des préoccupations sur la manière dont cette recherche peut mieux reconnaître les spécificités de votre vécu, je suis ouvert.e à échanger et à adapter mon approche pour qu'elle reflète au mieux vos réalités.

Je n'ai pour le moment pas de visibilité sur le nombre de personnes qui souhaiteront participer ou non. Je m'engage à être transparent.e s'il doit y avoir une sélection par rapport à un nombre de demandes trop grand par rapport aux contraintes matérielles.

Je cherche à développer une méthodologie participative qui puisse s'adapter selon les enjeux et possibilités des participant.e.s.x et qui soit conciliable à la rédaction d'un mémoire dans le cadre de mon M2. En cela, elle n'est pas encore totalement fixée et nécessite des discussions avec les participant.e.s.x. Mais pour l'instant il est envisagé de réaliser :

- Des entretiens semi-directifs ou libres, d'une durée approximative d'une heure et demie (qui peut être variable), réalisables en présentiel (si proximité géographique) ou en ligne, via teams, zoom, signal ou autre plateforme choisie et sécurisée.
- Un ou des groupes de travail / *focus group* sur des thématiques spécifiques (/ex discussion autour des enjeux prioritaires), d'une durée estimée à 2h (qui peut être variable), réalisables en présentiel dans un espace communautaire si possibilité, ou dans un espace public suffisamment adapté, ou bien en ligne via une plateforme collaborative.
- D'apporter des contributions écrites ou créatives (s'il n'y a pas l'envie ou la capacité de participer oralement). Il sera possible de penser l'intégration de différents formats comme des témoignages écrits, des dessins, poèmes ou autres supports.
- De participer à des étapes de validation, de commentaire, de relecture ou de co-analyse des données permettant d'avoir une participation plus décisionnelle de l'orientation de la recherche et de ses conclusions. Il pourra s'agir par exemple de réviser et de commenter les premières analyses ou thèmes identifiés, ou de participer à un atelier de restitution pour valider ou enrichir les résultats.

Cadre et relation

Confidentialité : Toutes vos contributions seront anonymisées si vous le souhaitez.

Volontariat : Vous pouvez choisir le niveau d'implication qui vous convient, et vous pouvez arrêter de participer à tout moment, sans justification.

Flexibilité : Les formats et horaires sont adaptés selon vos besoins et contraintes.

Mon positionnement dans cette recherche : Je tiens à partager avec vous mon positionnement dans ce projet. En tant que personne trans folx, je suis moi-même confronté.e à certaines des dynamiques que j'explore dans cette recherche. Cela me permet d'aborder ces sujets avec le prisme d'être concerné.e, mais cela implique aussi certaines limites dans mes capacités (notamment en termes d'énergie, de temps ou de capacité).

Ces limites ne remettent pas en question mon engagement dans ce projet, mais elles peuvent influencer les possibilités de la recherche et le rythme auquel certaines étapes seront réalisées. Je m'engage à faire de mon mieux pour respecter vos besoins et m'adapter autant que possible, ainsi que de vous tenir informé.e.s.x en cas de ralentissement ou de contraintes de ma part. Cette recherche est un espace que je veux co-construire avec vous, dans un cadre de respect mutuel, où nos différents vécus et réalités peuvent coexister. Je souhaite ainsi laisser de l'espace pour des échanges sur nos besoins et limites respectives pour favoriser des équilibres communs.

Précisions importantes sur la compensation et les objectifs de cette recherche

Je tiens à préciser que, n'ayant pas de subvention pour cette recherche et disposant de ressources personnelles limitées, il m'est difficile de proposer une rémunération conséquente pour les contributions des participant.e.s.x. Néanmoins, je considère essentiel de réfléchir à des formes de compensation et de valorisation collectives et individuelles de l'implication des participant.e.s.x, et je souhaite que cela soit discuté directement ensemble. D'autant plus que j'ai conscience que mon accès à l'institution universitaire dépend grandement de différents privilèges auxquels j'ai eu accès et accède toujours. Je souhaite éviter d'entrer dans des dynamiques d'invisibilisation ou d'utilitarisme vis-à-vis de personnes moins privilégiées et / ou ayant des vécus qui ne sont pas les miens. C'est pourquoi je tiens à ce que les personnes qui souhaitent s'impliquer dans cette recherche trouvent des intérêts suffisants pour estimer leur temps et leurs apports pour participer. Voici ce que je peux proposer actuellement (je reste ouvert.e à d'autres propositions) :

- Evènement de récolte de fonds (en projet) : Je souhaite essayer d'organiser un événement pour financer des compensations, mais je ne peux pas encore garantir sa faisabilité aux vues de mes propres difficultés / capacités.

- Création et partage de savoirs accessibles : L'un de mes objectifs principaux est de valoriser les savoirs et ressources générées dans cette recherche pour améliorer les conditions de vie des personnes concernées. Ces savoirs pourront être utilisés dans des démarches militantes, des

espaces de soutien ou des ressources accessibles par exemples (zine, brochure, supports davantage accessibles et pédagogique hors du cadre / langage universitaire, ...)

- Discussion ouverte sur les formes de rétribution : : Je propose d'organiser des échanges pour réfléchir ensemble aux moyens de valoriser vos participations (formes de rétributions possibles, outils collectifs, partage de résultats, réflexions collectives sur les possibles retombées positives pour les communautés, etc.).

Cette recherche ne se limite pas au cadre universitaire : mon objectif est de contribuer à des luttes collectives et de stimuler des démarches militantes pour mieux organiser et soutenir les communautés concernées sur ces sujets.

Annexe n° 3 - Grille guide d'entretien

Introduction / Préparation / Cadre

- Présenter le cadre de la recherche ; Contextualiser sa continuation par rapport à la recherche menée en M1. Présenter les objectifs de l'entretien (analyser les expériences et perceptions de personnes concerné.e.s par les intersections entre la transitude et la folie, ainsi que par les effets du cisgenrisme et du sanisme, ainsi que chercher les (ré)actions / résistances face à ces derniers, notamment dans la construction des savoirs).
- Me positionner dans cette démarche (personne concerné.e menant une recherche dans le cadre d'un Master 2 diplômant et cherchant de manière plus générale à développer des savoirs et des outils par et pour les personnes concerné.e.s sur ce sujet), présenter les termes que j'utilise et pourquoi, en précisant l'importance et la liberté que j'attache à l'autodétermination et à l'utilisation des termes qui conviennent aux personnes entretenues, présenter la volonté de mener une recherche participative.
- S'assurer du consentement ; Assurer lae participant.e de la confidentialité de ses réponses, obtenir son consentement éclairé pour participer à l'entretien, mentionner son droit de se retirer à tout moment, préciser le cadre l'utilisation des données de l'entretien. Proposer des modalités d'anonymisation si lae participant.e le souhaite, tout en lui permettant de décider de la manière dont leurs expériences seront restituées.. Préciser que lae participant.e peuvent s'exprimer librement et décider de ne pas répondre à certaines questions. Demander de pouvoir enregistrer et de prendre des notes.
- Déroulement ; Présenter l'entretien comme une discussion, une conversation où lae participant.e peut partager librement son expérience. Encourager une conversation libre en expliquant que l'entretien est semi-structuré et que leurs expériences personnelles orienteront le déroulement. Préciser le caractère exploratoire de l'entretien, mentionner que l'objectif est de co-construire un savoir à partir de leurs vécus et perceptions, de

mieux comprendre les expériences vécues des personnes concerné.e.s et d'identifier les enjeux, les besoins, et les priorités qu'elles estiment les plus pertinentes à voir traités dans la recherche

- Intégrer une participation décisionnelle : Réfléchir avec les participant.e.s sur la ou les manières dont iels pourrait estimer participer activement à une ou plusieurs étapes de la recherche (conception, collecte des données, analyse, relectures, commentaires => à préciser). Chercher à favoriser l'autonomisation et l'*empowerment* : par exemple (re)transmettre du savoir, éviter de rester borné à mon / mes cadre(s) préconçu(s), mettre en avant le caractère exploratoire partagé, insister sur les possibilités de choix pour les participant.e.s.
- Réfléchir comment mettre en place un espace sécurisant et bienveillant : *Trigger warning* ? S'assurer que lae participant.e peut avoir un soutien émotionnel, personnel ou professionnel si nécessaire pendant et / ou à la suite de l'entretien ? Créer un environnement de dialogue sûr, en prenant en compte les éventuels traumatismes ou oppressions vécues. Proposer des pauses, des mécanismes de soutien, et garantir un espace où chaque voix est respectée.
- Ecoute active et empathique : Laisser de l'espace, favoriser la parole de lae participant.e, être attentif.ve à son état, laisser répondre à leur rythme, attitude bienveillante, ne pas hésiter à reformuler pour être sûr.e d'avoir compris leurs propos et pour clarifier si besoin.
- Adaptabilité : Demeurer flexible même avec la grille. Certaines questions peuvent ne pas être pertinentes pour certaines personnes, chercher à s'adapter et à ajuster l'approche en fonction des réponses.
- Dialogue réciproque : Mettre en avant concrètement aussi dans la manière d'entretenir la volonté de co-construire les savoirs avec les participant.e.s.x, et que leur point de vue

est central à ce travail. Préciser qu'il est possible de me poser des questions aussi pour développer une forme collaborative d'intelligence et de transmission de savoirs. Ne pas hésiter à parler de soi et se situer si cela peut favoriser l'échange.

1 - Introduction et contexte - Parcours personnel et expériences

- Comment aimeriez-vous vous présenter dans cet entretien ? Est-ce que tu peux te présenter pour cet entretien ? Avec quelles identités ou expériences vous sentez-vous le/la plus à l'aise pour vous identifier ici ? Préciser la question si besoin
- J'utilise principalement les termes de folie et de transitude pour parler de moi et de ces sujets mais de quelle manière préférez-vous nommer ce que je nomme par la folie et la transitude, comment le percevez-vous ?
- Est-ce que tu perçois des liens et des influences entre ces différents vécus en toi ? (Intersection)

2 – Perception de la recherche et de l'objet d'étude

- Comment percevez-vous les recherches et les savoirs scientifiques ou universitaires de manière générale ? Quels sont vos rapports, liens ou expériences avec ces institutions et ces pratiques ? Quels sont vos sentiments à l'idée de participer à une, à celle-ci ?
- Qu'est-ce que l'idée de cette recherche vous évoque ? : Quels sont vos sentiments ou réflexions sur l'idée d'explorer des réflexions sur la folie et la transitude ? De manière générale ? Pour vous ? Dans un contexte académique ?
- Besoins et priorités : Quels sont, selon vous, les sujets ou aspects les plus importants à aborder dans cette recherche ? Y a-t-il des questions spécifiques que vous aimeriez que l'on explore ? On pourra revenir à cette question plus tard si tu as des idées qui te viennent.

3- Perception des savoirs médicaux / psychiatriques et expériences vécues

⇒ Perceptions générales des savoirs médicaux et psychiatriques

- Que vous évoquent les discours médicaux et psychiatriques sur les identités trans et folx ? (Être souple sur l'utilisation des termes en fonction des définitions / volontés des participant.e.s.x – valable à chaque fois).
 - o Les trouvez-vous utiles, justes, stigmatisants, ou autre ?
- Quels mots ou concepts vous viennent en tête quand vous pensez aux discours médicaux ou psychiatriques sur les identités trans et folx ?
 - o Pourquoi ces mots ou concepts en particulier ?
- Avez-vous eu l'impression que ces savoirs influencent la manière dont les autres perçoivent vos identités ou expériences ?
 - o Si oui, de quelle manière ?
 - o Quels exemples pourriez-vous partager à ce sujet ?
- Pouvez-vous me parler de votre parcours en lien avec les professionnel.le.s de santé ? Avez-vous souvent été en contact avec ces institutions ? Si oui, dans quel cadre (soins, diagnostic, autre) ?
- Avez-vous été directement en lien avec des discours ou pratiques médicales/psychiatriques concernant votre identité (transitude, neurodivergence, folie, etc.) ?
 - o Comment avez-vous vécu ces expériences ?
 - o Y a-t-il eu des moments où vous avez ressenti une incompréhension ou une violence dans cette interaction ?
- Pensez-vous que ces savoirs médicaux influencent les pratiques de soin auxquelles vous avez eu accès ?
 - o Si oui, de quelle manière ?
 - o Les pratiques ont-elles répondu à vos attentes, ou vous ont-elles semblé inadaptées ?

- Comment décririez-vous votre relation avec les professionnel.le.s.x de santé psychique ou de soins médicaux en général ?

- o Y a-t-il des dynamiques de pouvoir ou de jugement que vous avez perçues dans ces interactions ?

⇒ Réception, réflexion et analyses critiques sur ces savoirs

- Comment interprétez-vous les savoirs médicaux ou psy à propos de vos expériences ?

- o Vous semblent-ils utiles, stigmatisants, incomplets, ou autre ?

- Voyez-vous des contradictions dans la manière dont ces savoirs sont présentés ?

- o Par exemple, entre l'idée de soin et des pratiques qui vous semblent normatives ou violentes ?

- Estimez-vous que les discours médicaux vous permettent de mieux comprendre vos expériences, ou au contraire, les simplifient ou les déforment ?

- o Pourquoi ?

⇒ Ressentis et impacts

- Quelles émotions ressentez-vous en pensant aux discours médicaux / psy sur vos identités, vécus, expériences ? Comment ces émotions influencent vos réflexions sur ces discours ?

- Ces confrontations ont-elles eu des impacts sur votre vie quotidienne ou vos relations sociales ? Si oui, lesquels ?

- Ressentez-vous une tension entre vos propres perceptions et compréhensions et les perceptions proposées par les savoirs médicaux / psy ? Si oui, comment décririez – vous cette tension ?

4- Stratégies de résistance et autodétermination

- Stratégies personnelles : Avez-vous développé des stratégies de résistance ou d'autodétermination face aux discours pathologisants ou aux institutions médicales/psychiatriques ? Si oui, lesquelles. Si non, pourquoi ?
- Espaces alternatifs de savoirs ou de soin : Connaissez-vous ou participez-vous à des espaces d'échanges ou de construction de savoirs, et /ou de soin ou de soutien alternatifs (hors des systèmes médicaux dominants) ? Si oui, comment ces espaces fonctionnent-ils pour vous ?
- Avez-vous eu accès des ressources de savoir (livre, blog, site, brochure, films, série, docu, ...), concernant la transitude et la folie, ou des alternatives aux système médicaux/psys dominants ?

4- Participation décisionnelle et méthodologie

- Rôle dans la recherche : Comment aimeriez-vous participer à cette recherche ? À quelles étapes du processus souhaiteriez-vous être impliqué.e. ? (Conception des outils, analyse des données, diffusion des résultats, ...).
- Formes de participation : Quelles formes de participation vous conviendraient le mieux ? (Ateliers collectifs, entretiens individuels, outils participatifs, etc.).
- Barrières à la participation : Quelles pourraient être, selon vous, les difficultés ou obstacles à une participation active ? (Identifier des besoins spécifiques en termes de soutien, de format d'interaction, etc.).

5- Conclusion et feedback

- Impressions générales : Comment avez-vous vécu cet entretien ? Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager ou aborder ?
- Suggestions pour le futur : Avez-vous des suggestions pour améliorer la manière dont ces entretiens sont menés ou la recherche elle-même ?
- Si vous aviez un message à transmettre aux institutions médicales/psychiatriques ou aux chercheurs.euses.x travaillant sur ces sujets, quel serait-il ?

Annexe n°4 - Organisation thématique issue du codage des entretiens

Thème 1 – Vécus et expériences entre transitude, folie et neurodissidence : subjectivités, parcours et relations

Récits d'expérience, trajectoires et subjectivités situées dans les croisements entre transitude, folie, neurodiversité et normativité sociale. Il ne vise pas à typologiser les vécus et les personnes, mais à faire émerger les dynamiques vécues de transformation, de tension, de fatigue ou de puissance dans leurs parcours.

1.1 Complexité identitaire et subjectivités mouvantes

Multiplicité des subjectivités, autodétermination et formes mouvantes d'identité. Expériences vécues du genre, de la folie et de la neurodiversité, dans leur diversité, leur instabilité et leurs ambivalences.

- 1.1.1 Diversité, complexité, non-linéarité et non-binarité des trajectoires
- 1.1.2 Subjectivités mouvantes et transformations identitaires
- 1.1.3 Contradictions vécues, tensions internes, instabilité identitaire ou psychique
- 1.1.4 Doute existentiel, confusion cognitive ou perte de repères
- 1.1.5 Discontinuité de soi, fragmentation
- 1.1.6 Temporalités subjectives, différenciées et récits discontinus
- 1.1.7 Plasticité identitaire comme ressource, souplesse ou puissance subversive
- 1.1.8 Auto-identification, autodéfinition de l'identité (geste plus personnel)
- 1.1.9 Souveraineté narrative, légitimation de soi (pouvoir politique et épistémique de la nomination)
- 1.1.10 Fatigue identitaire / épuisement

1.2 Entre genre et psyché : entrelacements, inextricabilité et ambivalences ou Expériences croisées de transitude et folie / neurodissidence

Croisements vécus entre transitude, neurodissidence et folie ; effets psychiques et existentiels de ces intersections : c'est-à-dire effets psychiques, sociaux et politiques de la normativité genrée, cognitive/psychique et médicale.

- 1.2.1 Expériences croisées de transitude, folie et neurodissidences
- 1.2.2 Récits subjectifs des troubles ou auto-analyse des vécus pathologisés
- 1.2.3 Temporalités identitaires fragmentées / émergences tardives
- 1.2.4 Ambivalence vécue : entre soulagement, crise et injonctions contradictoires
- 1.2.5 Effets psychiques et sociaux des croisements identitaires : isolement, illisibilité, tension
- 1.2.6 Pathologisation croisée, illisibilité sociale, disqualification identitaire
- 1.2.7 Disqualification identitaire et stigmatisation symbolique
- 1.2.8 Impact psychique des normes sociales et binarismes
- 1.2.9 Injonction à la lisibilité et pression à la performance identitaire
- 1.2.10 Inadaptation aux normes sociales dominantes
- 1.2.11 Fatigue militante, pression pédagogique, isolement
- 1.2.12 Internalisation des normes et auto-pathologisation (Mécanismes d'intériorisation / auto-stigmatisation)

1.3 Parcours de soin, diagnostics et relations thérapeutiques

Relations aux institutions de soin et aux professionnel.le.s, attentes et déceptions, expériences positives et négatives, liens de confiance ou de rupture, dynamiques de reconnaissance ou de conflit.

- 1.3.1 Rapport au soin : attente, rupture, ajustement, refus, ambivalences
- 1.3.2 Temporalité du soin : discontinuité, retours, pauses, évolutions
- 1.3.3 Fonction utilitaire / usage stratégique du soin⁹³
- 1.3.4 Difficultés d'accès, errance médicale, méfiance construite
- 1.3.5 Inadaptation ou inadéquation des dispositifs / violences symboliques dans la relation thérapeutique

- 1.3.6 (Dé)confiance envers les dispositifs institutionnels
- 1.3.7 Relations thérapeutiques : confiance, méfiance, ruptures, ajustements
- 1.3.8 Positionnements différenciés envers le soin : relation aux soignant.e.s vs. à l'institution
- 1.3.9 Navigation entre espaces et act.eur.rices du soin
- 1.3.10 Recherche de professionnel.le.s ou interlocut.eurs.rices safe concerné.e.s et / ou formé.e.s
- 1.3.11 Expériences positives rares (minoritaire => note qualitative - analytique ?)
- 1.3.12 Rapport au diagnostic : ambivalence, instrumentalisation, refus, souveraineté
- 1.3.13 Rapport aux traitements / médicaments : usage, ajustement, rejet
- 1.3.14 Savoirs profanes ignorés / absence de reconnaissance des vécus croisés
- 1.3.15 Rôle de la subjectivité dans la qualité du soin

1.4 Relations sociales, affectives et intersubjectivités croisées ou Intersubjectivités croisées et dynamiques relationnelles

Les (inter)relations avec les proches & pairs ; Comment les vécus transfolx affectent les relations sociales, professionnelles, communautaires => contraintes normatives, les dynamiques de reconnaissance, les tensions intersubjectives/interpersonnelles et les alliances significatives.

- 1.4.1 Dynamiques familiales, affectives et héritages institutionnels
- 1.4.2 Espaces sociaux normés : travail, école, administration
- 1.4.3 Pressions normatives et injonctions à la lisibilité relationnelle
- 1.4.4 Stratégies relationnelles : auto-censure, retrait, adaptation
- 1.4.5 Fatigue relationnelle, isolement et charge pédagogique
- 1.4.6 Reconnaissance mutuelle et dissonance identitaire
- 1.4.7 Relations communautaires : entraide, tensions, hiérarchies
- 1.4.8 Charge émotionnelle et affective dans les liens

Thème 2 — Violences institutionnelles, savoirs et soins : normalisation, effacements, silenciation

Manière dont les institutions de soin, d'éducation et de production de savoir exercent des formes de violence sur les subjectivités trans, folles et neurodissidentes. Articulation entre les violences matérielles, systémiques, disciplinaires, et les violences épistémiques et symboliques, en insistant sur les effets de dé-subjectivation, de silenciation, de pathologisation croisée et d'inaccessibilité aux soins et aux savoirs.

Dispositifs de pouvoir biomédicaux et psychiatisation des subjectivités minoritaires

Injustices épistémiques : déni de légitimité, objectification, illisibilité imposée

Exclusions matérielles, discursives et relationnelles

Effets politiques de la pathologisation croisée et du monopole institutionnel

2.1 Régimes biomédicaux, pouvoir psychiatrique et dispositifs de normalisation

Violences systémiques, dispositifs disciplinaires et normatifs à travers les pratiques médicales, psychiatriques et éducatives

2.1.1 Violences institutionnelles : déshumanisation, infantilisation, coercition, enfermement (Expériences de soins contraints, thérapies imposées, pratiques paternalisantes et iatrogènes.)

2.1.2 Enfermements symboliques, socialisation normative et disciplinarisation des existences (HP, scolarisation, famille, ...)

2.1.3 Pathologisation croisée et réduction identitaire : lecture biomédicale des subjectivités multiples, trans, folles, neurodissidentes (Diagnostics simplificateurs, illisibilité imposée)⁹⁴

2.1.4 Surveillance, assignation, invalidation du vécu

2.1.5 Grille normative de lisibilité et réduction fonctionnelle du vécu

2.1.6 Fonctionnalisation du soin et injonction à la productivité sociale

2.1.7 Inadéquation structurelle des dispositifs (Soins non pensés pour les vécus non normés / majoritaires / dominants)

□2.1.8 Abandon institutionnel : errance médicale, perte d'agency (Non-prise en charge, déresponsabilisation systémique.)

□2.1.9 Monopole institutionnel sur le soin et le savoir légitime

□2.1.10 Contradictions du soin psychiatrique : entre aide promise et contrôle / violence subis

2.2 Violences épistémiques et silenciation des savoirs minorés

Mécanismes de disqualification des récits, des langages et des savoirs situés dans les institutions de soin et de savoir. Effacement symbolique des vécus trans, folx et neurodissidents et disqualification de leurs savoirs situés. Pouvoir de dire ce qui compte comme « vrai », « understandable », « valide ». Mécanismes de disqualification des récits et savoirs incarnés.

□2.2.1 Injustice épistémique structurelle : parole ignorée, invalidée, soupçonnée, mépris, délégitimation dans champs médicaux et académiques.

□2.2.2 Disqualification des récits : vécus interprétés comme symptômes ou dérives

□2.2.3 Mépris de l'expertise profane et hiérarchisation validiste / élitiste des savoirs

□2.2.4 Barrières épistémiques et linguistiques : discours médicaux inaccessibles, performativité du langage normatif (comme violence structurelle)

□2.2.5 Absence de langage disponible pour exprimer les croisements trans/folie (Manque de lexique partagé, impossibilité de dire certains vécu)

□2.2.6 Silenciation institutionnelle / isolement discursif et absence de modèles enviables (Peu ou pas de récits-repères, niches disqualifiées, invisibilisation des narrations minorées)

□2.2.7 Effets affectifs de la disqualification des vécus : confusion, honte, doute de soi

□2.2.8 Autonomisation contrainte : bricolage épistémique en l'absence de reconnaissance (savoir par défaut, par survie ?)

2.3 Langage, intelligibilité, pouvoir discursif

Langage comme condition d'accès aux soins, à la reconnaissance et à l'agentivité épistémique.

- 2.3.1 Langage comme outil de pouvoir : entre exclusion et injonction à la clarté : seuls les récits normés sont recevables (récits recevables que s'ils répondent aux normes discursives dominantes. Langage produit des frontières d'intelligibilité / obligation de se rendre compréhensible aux professionnel.le.s.)
- 2.3.2 Normativité des discours médicaux / académiques : rejet des formes de narration subjectives, ambivalentes, non linéaires
- 2.3.3 Exclusion des récits éclatés, des silences et des émotions informelles
- 2.3.4 Absence de langage disponible pour exprimer les croisements trans/folie (lien 2.2)
- 2.3.5 Efforts cognitifs et émotionnels imposés pour « traduire » son vécu dans un vocabulaire acceptable
- 2.3.6 Formatage discursif stratégique : se rendre intelligible pour survivre : nécessité de parler « dans les bons termes » pour exister médicalement
- 2.3.7 Tensions entre contrainte et réappropriation du langage médical / normatif

2.4 Exclusion, précarité, hiérarchisation et inégalités structurelles

Effets concrets, conséquences subjectives de ces violences sur la vie quotidienne, l'accès aux ressources, les parcours de soin et l'inclusion sociale ou communautaire.

- 2.4.1 Exclusion systémique et reproduction des oppressions : cisnormativité, validisme, classisme, sanisme, racisme.
- 2.4.2 Inégalités d'accès aux soins adaptés et aux professionnel.le.s formé.e.s
- 2.4.3 Barrières éducatives et sociales : langage académique ou médical inadapté, absence de relais, surcharge cognitive et affective
- 2.4.4 Précarité structurelle et obstacles matériels : isolement, cumul d'oppressions, fragilisation des parcours
- 2.4.5 Hiérarchisation intra-communautaire : domination de certaines catégories de trouble, silenciation de l'altérité - invisibilisation des vécus moins "politiquement porteurs", rejet des diagnostics stigmatisés

□2.4.6 Déficit de reconnaissance politique ou communautaire des vécus complexes / « illisibles »

□2.4.7 Fatigue militante et pression pédagogique : épuisement lié à la nécessité de justifier sans cesse son vécu

□2.4.8 Désaffiliation sociale et désorientation subjective : effets internes de l'isolement, de la précarité et du manque de reconnaissance.

Thème 3 – Résistances, autodétermination et production de savoirs en lutte : stratégies subjectives, politiques et collectives

Formes de résistance active, frontale ou plus subtile, collective et épistémique mobilisées face aux systèmes d'oppression dans les contextes psychiatrique, médical, social et épistémologique. Mise en lumière des tactiques de survie, des refus, des contournements, mais aussi de la construction active de savoirs, de réseaux, de langages et de pratiques ancrés dans les vécus trans, folx et neurodivergents.

3.1 Résistances subjectives et critiques politiques des savoirs dominants

Contestation des légitimités instituées, redéfinition des cadres de compréhension de soi, des troubles et de l'identité, des vécus trans et folx, neurodivergents.

□3.1.1 Critique des savoirs institués biomédicaux et académiques comme désincarnés, normatifs ou invalidants

□3.1.2 Déconstruction de la hiérarchie expert.e / concerné.e

□3.1.3 Position critique située : entre distance, lucidité et usage stratégique des savoirs institués

□3.1.4 Rejet, appropriation stratégique ou usage pragmatique des diagnostics

□3.1.5 Politisation de l'expérience : le vécu comme ancrage critique et source de sens partagé

□3.1.6 Langage comme lieu d'oppression et de subversion

□3.1.7 Usage du récit personnel comme espace de théorie sociale et de désidentification

□3.1.8 *Empowerment* épistémique & reformulation du sens depuis la marge

3.2 Stratégies et tactiques de retrait, contournement et protection

Pratiques de retrait, d'esquives, ou de négociation pour préserver son intégrité psychique, politique et corporelle, pour se préserver.

- 3.2.1 Dissimulation, *masking*, refus stratégique
- 3.2.2 Tactiques discursives de contournement : adaptation, simplification, silence stratégique
- 3.2.3 Non-recours aux soins ou recours conditionnel
- 3.2.4 Temporalités situées des retraits et réengagements
- 3.2.5 Stratégies de navigation entre différents espaces
- 3.2.6 Autoprotection émotionnelle et politique
- 3.2.7 Repli stratégique hors des espaces jugés insécurisants
- 3.2.8 Ruptures volontaires avec les institutions / parcours hors cadre médicalisé

3.3 Communautés, care politique et transmission collective

Création ou participation à des espaces alternatifs d'accueil, de production/création, de transmission, de soin, et de reconnaissance mutuelle.

- 3.3.1 Espaces communautaires comme refuge, laboratoire, fonction politique => production critique, élaboration de contre-savoirs, voire de préfiguration de nouvelles normativités collectives non-oppressives. (Structure, espace - cadres)
- 3.3.2 Espaces communautaires : praxis de soin, résistance et transmission
- 3.3.3 Expérimentation sociale dans les soins alternatifs (autosoin *queer*, zones d'autonomie psy, etc.).
- 3.3.4 Pratiques de soin collectif : autosoins, co-soins, mutualisation
- 3.3.5 Pair-aidance, entraide, réseaux et solidarités trans/folx (fonction, pratiques relationnelles)
- 3.3.6 Mutualité affective et co-construction du sens

- 3.3.7 Transmission de savoirs pratiques, affectifs, et politiques
- 3.3.8 Affirmation collective de la souveraineté narrative et identitaire
- 3.3.9 Tensions, surcharge, et limites dans les pratiques communautaires ; tensions affectives, surcharge militante, fragilité du *care* horizontal

Thème 4 : « Savoirs situés, autodétermination et *empowerment* épistémique – Pratique de la co-construction »

Expérience comme socle de légitimité et production de savoirs ancrés dans les marges. Réflexivité méthodologique, mise en pratique et expérimentation de recherche éthique par et pour. Mettre en lumière la recherche elle-même comme lieu de résistance, de co-construction et d'alternative à la violence méthodologique.

4.1 Savoirs situés, empowerment épistémique

- 4.1.1 Primauté de l'expérience vécue et des savoirs incarnés
- 4.1.2 Savoirs expérientiels comme contre-pouvoir
- 4.1.3 Contribution des concerné.e.s comme product.eurs.rice.s de savoirs
- 4.1.4 Contre-expertise collective face aux récits dominants
- 4.1.5 Épistémologies critiques et communautés épistémiques horizontales
- 4.1.6 Éthique de l'horizontalité dans la construction du savoir
- 4.1.7 Transmission de ressources, entraide, mutualisation
- 4.1.8 Réappropriation lexicale, création de langages alternatifs

4.2 Méthodologie participative et horizontale

- 4.2.1 Philosophie du cadre (refus de l'extraction, valorisation de l'horizontalité)
- 4.2.2 Refus de l'objectivation des participant.e.s et des vécus

- 4.2.3 Co-construction des échanges et des rapports de recherche
- 4.2.4 Définition collective des modalités d'interaction, de temporalité, de diffusion
- 4.2.5 Consentement actif et réitéré
- 4.2.6 Ajustement du cadre en fonction des vécus
- 4.2.7 Modalités techniques (formats multiples, rétroaction, possibilité de retrait ou de reformulation, veto,...)

4.3 Éthique relationnelle, affective et située

- 4.3.1 Recherche comme relation et non comme extraction (principe structurant)
- 4.3.2 Reconnaissance mutuelle, confiance et co-présence émotionnelle dans le processus de recherche
- 4.3.3 Régulation dynamique des asymétries, des vulnérabilités et des effets émotionnels

4.4 Recherche comme espace de transformation

- 4.4.1 Effet mobilisateur de la participation
- 4.4.2 Sortir de l'isolement, se sentir relié.e
- 4.4.3 Circulation de la parole, prise de parole partagée
- 4.4.4 Effet performatif du récit : transformation de soi, de la relation, du monde
- 4.4.5 Faire collectif, produire du lien, ouvrir/imaginer des futurs
- 4.4.6 Redistribution épistémique et reconnaissance mutuelle comme levier d'émancipation

4.5 Création d'outils, transmission, continuités

- 4.5.1 Production d'outils ancrés dans l'expérience vécue
- 4.5.2 Documentation des vécus pour d'autres concerné.e.s
- 4.5.3 Besoin d'outils pérennes, efficaces et partageables

4.5.4 Lien entre théorie, vécu et transformation sociale

4.5.5 Transmission intergénérationnelle et continuités communautaires

4.6 limites vécues dans la recherche participative

4.6.1 Inégalités de ressources et d'accès dans la co-construction

4.6.2 Tensions entre engagement et vulnérabilité

4.6.3 Fatigue, surcharge et intermittence dans la participation

4.6.4 Conflits de rôle ou attentes divergentes

4.6.5 Échecs, retraits et discontinuités comme formes légitimes

Annexe n°5 – Outil collaboratif (framapad) entretiens inversés

Proposition Objectifs de l'entretien inversé

Le but principal pour moi c'est de mettre en pratique la critique hiérarchique chercheur.e / enquêté.e et de donner la maîtrise / pouvoir de l'interrogation

Justice épistémique (Justice dans la production des savoirs)

Décentrement et remise en question des savoirs d'autorité comme uniquement légitimes

Réflexivité partagée et co-construction

Pourquoi cette proposition ?

Pour que vous puissiez me poser des questions, en tant que chercheur.euse si vous voulez mais aussi plus personnelles en tant que moi sur mon vécu, mon parcours et mes expériences sur la folie et la transitude /ex. Remettre à niveau ce que l'on se transmet pas forcément de manière égalitaire ou obligé mais essayer d'équilibrer au mieux.

Pour que vous décidiez du cadre et des priorités

Pour participer à renverser les dynamiques de pouvoir traditionnelles dans la recherche et explorer d'autres manières de faire plus juste et plus riches

Pour donner des exemples si c'est trop flou de partir comme ça, je peux faire des propositions. Libre à vous de les garder ou non, de les modifier et d'en discuter ensemble.

Donc vous pouvez réfléchir ensemble ou individuellement à :

Quel sont les objectifs ?

- Est-ce qu'il y a des choses que t'as envie de comprendre de ma démarche, de mon positionnement, de mes réflexions ?

- Est-ce qu'il y a des sujets sur lesquels t'aimerais me faire davantage penser / réfléchir ?

- Qu'aimerais-tu que la recherche rende visible / ne reproduise pas ?

Quelles questions voudrais-tu poser ?

- A propos de mes identités, de mes expériences, de mon parcours, de ma situation (genre, validité, engagement, privilèges, ...)
- A propos de ma posture de cherch.eur.euse et aussi de personne concerné.e. par mes sujets de recherche?
- Sur mes doutes, mes biais, mes limites, mes contradictions, ...
- Sur mes intentions, mes projections dans l'avenir, ce que j'aimerais faire du développement de ces recherches et échanges.

Sentez-vous libres de poser les questions qui vous font du sens

Quel cadre convient ?

- Visio ? Audio ? Ecrit ? Présentiel ?
- De manière improvisée ou avec un plan ?
- Forme libre, jeu, débat, etc ?
- A plusieurs ou à deux ?

A quoi tu veux veiller dans cet échange ?

- Éviter de reproduire des logiques oppressives
- Cadre clair de consentement
- Silence, lenteur, pauses, ...
- Laisser aller émotions, joyeux, sincère, sensible, ...

Si besoin je peux fournir des questions auxquelles je peux réfléchir pour aider, si envie de faire un petit guide d'entretien.

Les personnes qui souhaitent participer à ça vous avez la possibilité de vous mettre en contact (ou je le fais si vous n'arrivez pas ici)

Si vous souhaitez travailler en groupe ou non vraiment c'est comme vous voulez, c'est possible de faire un ou plusieurs entretiens en fonction de ça.

Et si envie de s'autonomiser et d'avancer seul pour faire un entretien

Tu peux :

- M'envoyer une liste de questions (par écrit ou audio) et je réponds.
- M'enregistrer une capsule sonore ou vidéo à laquelle je répondrai.
- Me proposer un rendez-vous (individuel, collectif, écrit, ou oral).
- Me guider en direct dans une mise en scène, un cadre que tu choisis.

Et après ?

- Tu pourras relire ou écouter ce que j'ai produit en réponse.
- Tu pourras donner ton avis sur ce que j'en fais / tu pourras l'analyser toi même si tu préfères, seul ou accompagné.
- Tu pourras co-écrire des commentaires, de l'analyse, de la réflexion, ...

Participation / Commentaires de M sur ce document : pour l'entretien inversé, ce qui me ferait plus sens ce serait de le voir comme une réponse / continuation du premier entretien qu'on avait mené, dans ce sens là je le vois plus comme quelque chose de 1v1, plutôt que collectif (à voir selon les envies des autres personnes aussi). En tout cas je crois que jme sentirai plus légitime à rebondir sur ce que tu dis en 1v1, aussi parce que les sujets sont sensible

Ma réponse => Moi ça me fait grave sens aussi, j'ai l'impression en plus que vu le temps restant et la charge c'est compliqué de réussir à organiser les dispos respectives (peut-être plus facile si c'est en 1v1) mais c'est le risque aussi que ce soit complexe pour traiter toutes les données si tout le monde veut en faire un. Après c'est sûrement possible de le faire mais je n'aurai sûrement pas le temps de faire l'analyse de tout pour ce mémoire.

Réponse de M : Après l'idée c'est de pas te donner une charge de travail monstrueuse non plus comme tu es la personne qui brasse le plus de travail ici, donc hésites pas à nous dire tes enjeux et c'est quoi le mieux pour ton confort aussi et pas te surcharger.

Des idées de question à te poser :

-sur ton positionnement : comment t'es venue l'idée / l'envie de faire cette recherche, pourquoi tu penses que c'est important de parler de ça ?

- Comment tu envisages la manière dont sera utilisé ce que tu vas produire (récupération éventuelle mais aussi utilisation par nos communautés), quels sont tes objectifs, tes envies (qui ne sont pas forcément ceux de la recherche institutionnelle i guess) ?

-Comment adresser les sujets non couverts par ta recherche et les biais que ça peut impliquer ? (le panel de personne que t'as interrogé est forcément limité, comme le temps de travail que tu pourras accorder à la recherche aussi. Comment tu pense le fait que les savoirs produits ensuite pourront être utilisé de manière généralisante et du coup invisibiliser des vécus qui seraient pas pris en compte ici) (je me doute que tu vas pas faire la une des magazines (des zines à la limite) avec ta recherche, c'est un peu niche, mais quand même, que ce soit tes réflexions ou collectivement ça pourrait être intéressant d'y réfléchir ?)

-Comment est ce que tu penses le fait qu'il y a des choses dans les entretiens, comme tu l'as déjà dit, mais que tu veux pas qui soit dans des données accessibles facilement, comment tu réfléchis l'arbitrage dans ce que tu peux mettre dans un mémoire / ce que tu peux mettre dans un zine ?

- Est-ce que tu envisages une suite ? est ce que t'ancres ton travail dans un processus plus long (qu'il soit personnel ou orienté vers un travail que tu voudrais poursuivre dans le temps ?)

-Concernant les vécus trans/folie : pourquoi est ce que t'as voulu particulièrement poser la question de leur croisement ?

-Pour toi ce croisement trans/folie il évoque quoi ?

-Est-ce qu'il y a des évènements / des trucs culturels qui t'ont fait un déclic dans ta perception de trans x folie ?

-En termes de langage et de la charge des mots (trans fou, etc), est ce que tu penses que c'est intéressant d'y réfléchir ici, quels impacts ça a pour toi dans la recherche ? Est-ce que t'envisages des impacts différents en fonction des sphères ou seront utilisées ce qui sera produit ?

-Est-ce que tu sens qu'il y a des noeuds à des endroits pour toi qui sont un peu contradictoires, qu'est ce qui te questionne dans ce croisement ?

-après l'idée serait de pas mal rebondir sur ce que tu vas dire pour creuser cet aspect là en fonction de ce que t'as envie de développer.

Pour l'entretien, peut être quelque chose à distance à moins de te rendre visite et de caler ça mais ça semble plus compliqué, donc peut être une visio ?

Pour les thèmes/question, est ce que c'est ok de te les envoyer en amont (surement les mêmes que celle là en gros) : si elles te donnent d'autres questions pour toi-même que tu penses intéressantes lessgo !

Au niveau du cadre j'aimerais m'assurer que tu prends bien soin de toi dans ce travail et que c'est pas une charge de taff trop grosse ce qu'on te demande: du coup si tu peux verbaliser tes envies / tes besoins / des difficultés que t'anticipe, je suis super preneur !

Ma réponse : Trop merci pour les propositions ! Moi ça m'irait de recevoir en amont mais je pense pas que ce soit une nécessité, ça dépend si vous préférez que j'ai le temps de plus réfléchir à mes réponses / de les fournir davantage ou si c'est bien plus de spontané (après je viens de lire celles-ci ahahah, mais bon je retiens pas super bien dans la vie non plus). Et à distance ça a l'air plus faisable aussi je pense.

Après vis à vis du cadre ce qui est difficile c'est l'organisation collective dans un temps imparti de mon côté. Pour moi c'est frustrant par exemple d'envisager que ça puisse ne pas être possible de réaliser certaines choses comme l'entretien inversé ou focus group faute de dispos collective et de moyens. Après c'est qu'à moitié frustrant parce que je suis contraint dans le temps là pour le mémoire mais je vois pas ça comme un processus qui s'arrête là. Donc tout ce qui avance même si ça se réalise pas dans les deux mois c'est pas perdu dans ma tête. Aussi je pense que c'est difficile de me sentir à la hauteur alors que je me sens peu valide / fonctionnel souvent. Mais oui c'est une grosse charge de travail et je me sens un peu dépassé.e pas mal de fois, mais j'ai envie d'essayer.

Annexe n°6 – Affiche d’invitation à participer

INVITATION RECHERCHE PARTICIPATIVE ETUDES SUR LE GENRE – MÉMOIRE

Vous êtes concerné.e.x par des vécus hors des standards cisgenres et neurotypiques et / ou psychotypiques ? Vous seriez intéressé.e.x pour rejoindre une recherche par et pour personnes concernées par ces vécus ?

Présentation

Je m'appelle Billy et je suis une personne trans blanche concerné.e par un vécu de divergence psychique en M2 en Etudes sur le genre. Cette année, je souhaite mener une recherche participative qui s'intéresse aux vécus et expériences croisées des personnes non-cisgenres et évoluant hors des standards dominants neurotypiques et /ou psychotypiques.

Pourquoi cette recherche ?

Elle part du constat qu'une grande partie des discours et savoirs sur nos identités et nos vécus sont dominés par des institutions médicales et psychiatriques souvent sans nous inclure. Ces discours peuvent participer à pathologiser, invisibiliser ou déformer nos réalités. Cette recherche vise à déconstruire ces normes en s'appuyant sur nos vécus, nos savoirs et nos stratégies de résistance pour produire des connaissances plus justes et inclusives en prenant en compte les inégalités structurelles qui nous traversent.

- Contribuer à développer nos réflexions critiques vis à vis des discours institutionnels
- Partager nos expériences et savoirs pour créer des connaissances plus justes et inclusives
- S'organiser et participer à des échanges et des constructions de savoirs entre personnes concerné.e.x allant au delà de cette recherche.

À qui s'adresse cette invitation ?

- Toute personne dont le vécu de genre sort des normes cisgenres
- Toute personne vivant hors des standards neurotypiques et /ou psychotypiques, avec ou sans diagnostique.

Une recherche participative ?

Cette recherche est en co-construction et flexible. Elle s'est développée et se construit avec les personnes impliquées et concernées :

- Vous pouvez choisir votre niveau d'implication
- Vos retours et besoins sont pris en compte pour adapter les formats et contenus
- Vous pouvez contribuer à différentes étapes de l'analyse et la validation des résultats, pour que cette recherche reflète au mieux nos vécus et réalités
- Cette démarche vise à produire des savoirs utiles aux communautés concernées, au-delà du cadre universitaire

Comment participer ?

Le déroulé et les moyens de la recherche sont ainsi encore en construction mais voici quelques idées de participation envisageables :

- Entretiens (en ligne ou en présentiel)
- Groupe(s) de travail – discussion(s) collectives
- Contributions diverses (écrit, dessin, poésie, etc.)
- Participation à l'analyse et à la restitution des résultats
- Relectures et commentaires

Cadre et engagement

- Participation anonyme possible
- Flexibilité et adaptation selon vos besoins et les possibilités
- Possibilité de s'arrêter à tout moment
- Discussions pour penser des formes de rétributions pour votre participation

Conclusion

Ce projet est une occasion de partager nos expériences, de créer du savoir collectif et d'imaginer des stratégies pour mieux nous organiser collectivement face aux normes dominantes. Mais c'est aussi une possibilité d'avoir un espace pour se rencontrer et transmettre ce qui peut faire la richesse de nos vécus.

Intéressé.e.x ? Vous voulez plus d'infos, de précisions ou échanger ?
Contactez moi sur cette adresse :
Billy-contact-recherche@proton.me