

Le territoire sous la peau

Corps, migration et devenir dans la transition

Yokim SONG

Mémoire-site / version texte intégral

La pharmacie comme frontière

Rupture de stock et géographie hormonale

La croix verte de la pharmacie clignote sans fin, comme si elle me faisait de l'œil : Bienvenue, nous avons tout — sauf ce que tu cherches.

La pharmacienne me sourit et fait pivoter l'écran vers moi. S'y affiche la phrase de rupture la plus douce de France : rupture de stock.

— Revenez la semaine prochaine ? demande-t-elle.

Je hoche la tête, comme après un rendez-vous annulé par un homme marié.

Aujourd'hui, le vent est doux à Aix. Si l'on respire bien, on y trouve peut-être le sel de Marseille et la lavande de saison. Toute la Provence pourrait parfumer le monde, et pourtant elle ne parvient pas à extraire un gramme d'estradiol pour mon corps. Je deviens alors, provisoirement, un port en attente d'accostage : la digue, c'est l'ordonnance ; la douane, c'est l'assurance maladie ; le système logistique reste bloqué sur : en cours de traitement.

Elle me dit : c'est en route.

En route est peut-être le mensonge le plus poétique de la logistique contemporaine. Il donne à l'amour et au transport frigorifique le même temps verbal : celui de ce qui manque toujours d'un pas.

Je commence à imaginer le trajet de ce flacon de gel. Il a peut-être contourné un port en grève, évité une répartition algorithmique des quotas, voyagé avec une caisse de dentifrice, quelques antibiotiques, des antalgiques, puis été rangé dans un entrepôt près de Marseille. Minéraux, plantes, brevets, règlements, molécules : tout cela fait la queue à la frontière de mon sang comme des voyageurs munis de passeports différents. Ma cage thoracique est polie, mais elle ne garantit pas l'entrée à tout le monde.

Dans le système, j'aperçois une géographie presque comique : Paris décide, Marseille expédie, Aix me dit de revenir la semaine prochaine.

La géométrie du pouvoir descend alors sur mon corps d'une manière extrêmement concrète. Je ne suis pas simplement « née comme ça ». Je ne suis pas non plus seulement en train de « devenir moi-même ». Je suis modelée par retardement : par les doses de sécurité, les normes médicales, les stocks pharmaceutiques, l'amour, la logistique et les hormones.

Chaque rupture d'approvisionnement ouvre un nouveau ticket dans le logiciel de mes affects. Chaque attente repousse de sept jours la question de savoir qui je suis. Sept jours : Dieu a eu le temps de créer le monde, puis probablement de finir un café.

Je replie mon ordonnance comme un petit bateau et la glisse dans mon sac. Sur le chemin du retour, je me dis que mon corps n'est pas un flacon vide de L'Oréal à recharger. C'est un relief traversé par le monde. Ce qui manque aujourd'hui, ce n'est pas seulement de la « féminisation » ; c'est une chaîne d'approvisionnement décentralisée. Ce qui manque, ce n'est pas seulement un gel ; c'est une politique capable de laisser les molécules passer la frontière.

Mais pourquoi est-ce que j'attends ainsi ?

Attendre, attendre, attendre que l'œstrogène entre dans mon sang. Est-ce que j'attends un médicament, ou est-ce que j'attends que mon corps retrouve le droit d'être aimé ?

En août 2025, au cœur d'une nuit d'été, je presse comme d'habitude trois doses de gel d'estradiol et les étale soigneusement sur mes bras et l'intérieur de mes cuisses. Ce geste n'appartient plus seulement à un traitement. Il dit à la peau : même quand le produit manque, il faut continuer à vivre.

La semaine prochaine, je retournerai à la pharmacie à l'heure prévue. Je continuerai à jouer le rôle d'une bonne maîtresse.

□ La pharmacie est un espace étrange. Elle appartient à la vie quotidienne, mais elle concentre une densité politique rarement visible. On y entre pour acheter un médicament, une crème, un pansement, un traitement. On y entre avec une ordonnance, une douleur, une inquiétude, un espoir. Très vite, on découvre que le corps dépend d'un réseau matériel qui le dépasse : production industrielle, distribution, disponibilité locale, protocoles médicaux, décisions économiques.

La pharmacie paraît petite : un comptoir, des étagères, une pharmacienne, une zone d'attente, une croix verte. Pourtant, elle est reliée à un système immense. L'accès au médicament ne dépend pas seulement de la volonté d'un médecin, ni de ma capacité à payer. Il dépend des laboratoires, des grossistes-répartiteurs, de la régulation nationale, des codes de remboursement, des logiciels de stock, et d'une personne que je ne rencontrerai jamais, quelque part dans la chaîne logistique, qui décidera de la priorité d'un carton.

En France, la rupture de stock n'est pas un événement marginal. L'ANSM indique que les ruptures ou risques de rupture des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur sont déclarés par les laboratoires, et que son action porte notamment sur la gestion de ces tensions, parce qu'elles peuvent créer un risque de santé publique. La DREES a publié en mars 2025 une étude montrant que les ruptures déclarées par les industriels ont fortement augmenté en 2021 et 2022, avec un pic à l'hiver 2022-2023 : environ 800 présentations étaient alors simultanément en rupture de stock. Au même pic, environ huit millions de boîtes de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur auraient manqué chaque mois, soit entre 6,5 % et 10 % du volume total du marché concerné.

Ces chiffres déplacent la phrase rupture de stock. Elle n'est plus seulement une petite contrariété au comptoir. Elle devient le point de contact entre un phénomène systémique et un corps individuel. La rupture n'est pas un vide ; elle est une forme de gouvernement par le retard. Le médicament n'est pas arrivé, mais l'institution, elle, est déjà là : elle règle mon rythme par l'écran, le stock, le délai, la solution de remplacement.

Pour beaucoup de personnes, une pénurie de médicaments signifie l'interruption d'un traitement. Pour moi, elle signifie aussi une autre interruption : celle de l'imaginaire corporel, du temps du genre, de la confirmation quotidienne de soi.

Dans le cadre d'un traitement hormonal de substitution, le médicament n'est pas seulement une marchandise. Il n'est pas non plus un simple auxiliaire médical. Il participe à une continuité corporelle, psychique et temporelle. Chaque pression sur la pompe d'un gel d'estradiol ne libère pas seulement une quantité de principe actif ; elle produit aussi un rythme, une confirmation, un petit rituel quotidien. Selon le résumé des caractéristiques du produit, chaque pression d'OESTRODOSE 0,06 % délivre 1,25 g de gel, soit 0,75 mg d'estradiol. Ce chiffre est froid, précis, presque sans littérature. Pourtant, il constitue l'unité minimale d'une poétique corporelle : la manière dont un corps est avancé, jour après jour, par dosage.

0,75 mg. Une pression. Une couche transparente. Quelques minutes plus tard, la peau redevient sèche. Le monde semble n'avoir rien vu. Mais le corps a reçu une instruction faible.

C'est cela, le médicament comme infrastructure du genre. Il n'est pas au centre de la scène. Il ne brille pas, ne parle pas, ne coupe pas le corps comme une opération chirurgicale. Il ressemble plutôt à une canalisation souterraine, à un entrepôt portuaire, à un système de douanes, à un réseau d'évacuation urbain : on ne découvre son existence qu'au moment où il se dérègle.

□ Mais l'expérience que je fais dans une pharmacie française est relativement sécurisante, habituelle, de cette dépendance.

J'ai une ordonnance. J'ai un médecin. J'ai un système d'assurance maladie. J'ai une pharmacienne d'environ cinquante ans, aimable, qui me dit avec douceur de revenir la semaine suivante.

C'est un retard, mais ce retard a lieu à l'intérieur d'un système visible. Mon corps est repoussé de sept jours, mais il est au moins inscrit, vu, archivé, légalement attendu. Mon anxiété se déroule devant un comptoir, non dans un groupe anonyme, une transaction codée, une commande transfrontalière ou une boîte de médicaments dont l'origine reste incertaine.

En tant que personne chinoise ayant commencé son traitement hormonal en France, je ne peux pas ne pas déplacer cette scène vers une autre géographie : celle des communautés MTF sur l'internet chinois. Là, les hormones ne passent pas toujours par un médecin, une ordonnance, une pharmacie et une assurance. Pour beaucoup, le premier contact avec l'hormonothérapie ne se fait pas dans un cabinet d'endocrinologie, mais dans des forums, des groupes QQ, des canaux Telegram, des documents partagés, des récits d'expérience, des tableaux de dosage, des mots codés et des achats par des intermédiaires.

Dans le contexte chinois, l'accès aux soins d'affirmation de genre est depuis longtemps entravé par des diagnostics psychiatriques, des conditions administratives, le manque de structures spécialisées et la stigmatisation sociale. Amnesty International a documenté en 2019 trois grands obstacles à l'accès aux traitements d'affirmation de genre en Chine : le manque d'information fiable, des conditions strictes d'éligibilité et la stigmatisation dans le système médical. Son communiqué souligne aussi que certaines personnes trans en Chine achètent des traitements hormonaux peu sûrs

sur le marché noir parce qu'il leur est extrêmement difficile d'accéder aux soins nécessaires. Un rapport de 2019 sur les soins trans en Chine rappelle également que la discrimination constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins et à l'accompagnement psychologique.

Dans les communautés sinophones, on parle parfois du Da Zheng(大方), le « grand certificat ». Ce n'est pas un terme médical officiel, mais un mot d'usage communautaire : il désigne généralement un document psychiatrique ou diagnostique permettant d'entrer dans un parcours médical plus reconnu. Ce certificat n'est pas seulement une preuve médicale. Il devient une frontière administrative, un reste de pathologisation, une manière de traduire le désir corporel en document lisible par le système.

Sans ce certificat, le corps n'entre pas facilement dans le parcours officiel. Sans parcours officiel, le médicament glisse vers l'informel. Sans médecin, la dose devient une expérience racontée dans un groupe. Sans suivi biologique régulier, le foie, la prolactine, la testostérone, l'estradiol, le risque thrombotique deviennent des courants souterrains que personne ne lit à temps.

Dans ces espaces, « prendre des hormones » n'est pas seulement suivre un traitement. C'est une technique de survie semi-souterraine. Les médicaments circulent sous des noms codés, à travers des euphémismes, des conseils, des captures d'écran, des commandes groupées, des intermédiaires, des restes de stocks et des réseaux d'entraide. Les molécules ne relèvent plus seulement de la pharmacologie. Elles appartiennent à une géographie clandestine : pharmacies étrangères, achats transfrontaliers, contacts au Japon ou en Thaïlande, plateformes sociales, groupes privés, revente de seconde main, paquets soumis aux douanes, confiance entre inconnues.

En 2022, Sixth Tone a rapporté que la Chine envisageait de restreindre la vente en ligne de certains médicaments hormonaux, notamment l'estradiol et l'acétate de cyprotérone, très utilisés par des femmes trans pour l'hormonothérapie ; l'article soulignait que cette mesure inquiétait celles qui ne pouvaient pas obtenir ces traitements par prescription médicale. En 2023, le même média indiquait que l'interdiction en ligne de plusieurs médicaments considérés comme « à haut risque », dont l'estradiol et la cyprotérone, risquait de poser de nouvelles difficultés aux personnes trans dépendantes de circuits informels. Time a également décrit comment la combinaison d'un accès médical restreint, de normes sociales conservatrices et de nouvelles régulations pouvait pousser certaines personnes trans plus profondément vers le marché noir, avec des risques de qualité incertaine, d'absence de suivi médical et d'effets secondaires graves.

Il ne s'agit pas d'un monde souterrain romantique. Ce n'est pas un marché noir de cinéma, ni une utopie queer d'entraide. C'est d'abord une infrastructure d'urgence produite par l'insuffisance du système officiel. Elle remplit un vide, mais expose les corps à d'autres risques : médicaments contrefaits ou périmés, mauvais dosages, interruption brutale, absence de bilan sanguin, absence de médecin, absence de relation de soin dans laquelle revenir en cas de problème.

Moi, en France, j'attends un flacon de gel. Elles, en Chine, peuvent attendre un certificat, un canal d'achat, un colis, une intermédiaire, un médecin qui accepte de répondre, un vendeur qui ne disparaît pas, un groupe qui ne soit pas fermé.

Mon corps est retardé de sept jours par un système pharmaceutique. Leur corps peut être retardé de sept mois, de sept ans, ou contraint de commencer sans système.

J'ai une pharmacienne qui me dit doucement : revenez la semaine prochaine. Elles peuvent entendre : plus de stock, prix augmenté, lien supprimé, groupe fermé, vendeur disparu, colis retenu, ne pose pas de questions, lis le document toi-même.

En France, la rupture de stock est une phrase affichée par le système. Dans certains espaces informels chinois, elle peut devenir une petite catastrophe.

Car il n'y a pas toujours de comptoir. Pas toujours d'écran tourné vers soi. Pas toujours quelqu'un pour confirmer officiellement que le médicament est « en route ». Parfois, il n'y a qu'un avatar qui écrit : cette série est finie, attendez la prochaine.

Le corps est alors suspendu à l'échelle moléculaire. Non pas suspendu par une grande rhétorique identitaire, mais par quelques milligrammes par jour. Ce n'est pas seulement un « droit trans » abstrait qui est retardé : c'est une tension dans la poitrine, l'espoir d'une peau plus douce, un système nerveux qui se calme enfin la nuit, la confirmation presque imperceptible que quelque chose est en train d'advenir.

Ici, l'analyse de Paul B. Preciado sur le régime pharmacopornographique cesse d'être une formule théorique. Elle devient un système logistique que l'on peut déplier : laboratoire, État, certificat psychiatrique, consentement familial, régulation de la vente en ligne, marché noir, entraide communautaire, douane, colis, carte bancaire, langage codé, effets secondaires. Le genre n'est pas une identité purement intérieure. Il est fabriqué, bloqué, acheté, caché, transporté, dosé dans ces dispositifs.

L'hormone n'est pas la substance magique qui m'aide à « devenir femme ». L'hormone est une technologie frontalière à l'échelle moléculaire.

Elle entre dans la peau, mais aussi dans la loi. Elle entre dans le sang, mais aussi dans la logistique. Elle entre dans le désir, mais aussi dans les prix. Elle entre dans le corps, mais aussi dans le diagnostic psychiatrique. Elle entre dans l'intérieur de mes cuisses, mais aussi dans la manière dont un État décide qui peut modifier son corps.

C'est là que la pharmacie devient frontière. La frontière n'est pas toujours annoncée par une police, une douane ou une borne nationale. Elle peut être produite par un logiciel de stock, un système d'ordonnances, un certificat psychiatrique, une interdiction de vente en ligne, un grossiste, un laboratoire, un groupe privé ou un mot codé. Elle ne dit pas toujours non. Le plus souvent, elle dit : revenez la semaine prochaine ; obtenez d'abord un certificat ; il faut l'accord parental ; rupture de stock ; vente en ligne interdite ; le lien ne fonctionne plus ; débrouille-toi.

C'est une nouvelle géographie. Non pas la géographie des cartes, mais celle des molécules, des doses, des boîtes, des corps approvisionnés ou interrompus. La pharmacie française, le marché noir chinois, une pharmacie thaïlandaise, une amie au Japon, un canal Telegram, une rue d'Aix, un entrepôt près de Marseille, une consultation psychiatrique à Pékin ou à Shanghai : ces lieux

n'appartiennent pas au même pays, mais ils composent ensemble une carte hormonale du corps trans.

Sur cette carte, le corps n'est pas une ligne droite allant du masculin au féminin. Il est une route inspectée, retenue, réacheminée, contournée, cachée, réapprovisionnée. Il ressemble à un colis autant qu'à un port ; à une ordonnance autant qu'à un document de contrebande ; à un objet médical autant qu'à un futur qui circule sous surveillance.

Ainsi, la pharmacie n'est pas seulement un lieu de soin. Elle devient une frontière entre l'état actuel du corps et le corps qu'il tente de rejoindre. Cette frontière ne prend pas la forme d'un mur. Elle apparaît dans une phrase : rupture de stock. Elle apparaît sur un écran, dans la voix d'une pharmacienne, dans le moment où quelque chose manque — précisément ce qui devait permettre au corps de continuer son déplacement.

La croix verte de l'officine clignote comme une promesse. On pourrait croire que tout y est disponible, que tout manque peut y trouver son équivalent chimique. Pourtant, au comptoir, cette promesse se retire. Le produit attendu n'est pas là. Le corps doit attendre. Il devient un port sans navire, une infrastructure prête mais sans arrivée.

Cette scène pourrait sembler anecdotique. Elle ne l'est pas. Dans une transition hormonale, le médicament n'est pas seulement un produit. Il participe à une continuité corporelle, psychique et temporelle. Son absence, même provisoire, peut réactiver une fragilité profonde : sentir que le corps désiré dépend d'une chaîne logistique impersonnelle. La souveraineté intime se révèle suspendue à une disponibilité commerciale.

C'est ici que le corps administré et le corps désiré se rencontrent avec le plus de violence douce. Le désir d'habiter autrement son corps se heurte à un système de distribution. La subjectivité se retrouve devant un inventaire. Ce n'est pas seulement une question de santé ; c'est une question d'existence située. Le corps ne se transforme pas dans un espace abstrait. Il se transforme dans une ville précise, avec ses pharmacies, ses médecins, ses trajets, ses pénuries, ses horaires, sa langue.

Je ne veux pourtant pas réduire cette expérience à l'idée trop simple d'un corps capturé par le capitalisme pharmaceutique. Ce serait insuffisant. Plus précisément, l'hormone me fait comprendre qu'une sensation corporelle extrêmement intime dépend souvent des systèmes les moins intimes. Ma peau est connectée à un laboratoire. Mon humeur est connectée à un stock. Mon temps de genre est connecté à un délai de livraison. La transition n'est pas le mouvement d'un sujet isolé qui accomplirait intérieurement sa vérité ; c'est le déplacement lent d'un corps à travers les infrastructures du monde.

La pharmacie devient alors un lieu psychogéographique. Elle n'est plus un simple commerce médical, mais un point de condensation entre espace urbain, économie du soin et construction de soi. Elle révèle que la transition est aussi une géographie : savoir où aller, à qui parler, comment demander, comment prononcer le nom du médicament, comment comprendre la réponse, comment revenir la semaine suivante.

Ici, la frontière n'est plus une ligne sur une carte, mais un état de stock. Elle n'est plus déclarée par la police, la douane ou une borne de pierre, mais par un logiciel pharmaceutique, un grossiste, un laboratoire, un système d'assurance maladie. La pharmacienne ne m'a pas refusée. L'État ne m'a pas directement interdite. Le monde m'a simplement dit avec douceur : revenez la semaine prochaine.

C'est peut-être cette douceur qui est la plus cruelle.

Elle ne crée pas de conflit ; elle produit de l'attente. Elle ne dit pas non ; elle dit pas encore. Elle ne nie pas mon corps ; elle le repousse de sept jours.

Et pendant ces sept jours, je dois continuer à vivre, à aller en cours, à travailler, à aimer, à être désirée, à me regarder dans le miroir, à me comporter comme un corps qui n'a pas été suspendu.

Le désir comme orientation

Vers un corps habitable

Si le corps administré est pris dans des dispositifs de reconnaissance, le corps appelé par le désir précède souvent ces dispositifs. Il ne naît pas seulement au moment où une institution accepte de le reconnaître. Il existe d'abord comme une orientation : une force encore informe, pas encore nommée, mais déjà capable de déplacer l'axe du corps.

Sara Ahmed emploie le concept d'orientation pour penser la manière dont les corps prennent direction dans le monde : vers quoi ils se tournent, ce qui devient atteignable pour eux, ce qui leur paraît proche, ou au contraire repoussé au loin. De ce point de vue, le désir n'est pas seulement un affect intérieur. Il n'est pas un secret enfermé dans le sujet, ni un contenu psychique attendant d'être traduit en étiquette identitaire. Le désir est une manière pour le corps de s'organiser dans l'espace. Il transforme notre relation aux objets, aux gestes, aux vêtements, aux miroirs, aux rues, au langage et aux regards. Il fait apparaître certains chemins, rend possibles certains mouvements, et rend soudain impraticables certaines habitudes corporelles qui semblaient auparavant naturelles.

Ainsi, le corps que je désire n'est pas une image fixe. Il ne s'agit pas simplement d'un corps féminin que je voudrais atteindre. Plus précisément, ce que je désire, c'est une autre manière d'habiter le corps : une manière par laquelle le corps ne serait plus seulement supporté, porté, administré, mais pourrait devenir le lieu même où la vie a lieu. Ce corps n'est pas une photographie déjà achevée, ni un modèle en attente de réalisation. Il ressemble davantage à une direction, encore non atteinte, mais déjà active dans sa capacité à m'entraîner.

Je n'ai pas commencé l'HRT à partir d'un récit clair. Ma transition de genre ne s'est pas déployée selon une ligne droite allant de l'enfance à l'âge adulte, comme si un moi féminin caché avait été conservé intact au fond du corps, attendant seulement le jour où il serait découvert, nommé, libéré. En réalité, peu de temps avant de commencer l'HRT, je ne pensais même pas vraiment que « je pouvais être une femme ». Cette possibilité ne se présentait pas à moi depuis le début sous une forme explicite. Elle ressemblait plutôt à une ouverture tardive : non pas une réponse, mais une fissure ; non pas un projet, mais une bifurcation apparue soudainement.

Mais avant cela, le malaise du corps existait depuis longtemps. Ce n'était pas une souffrance que j'aurais pu formuler clairement chaque jour, ni une haine spectaculaire de moi-même. C'était plus discret, plus quotidien, et donc plus difficile à expliquer aux autres. Depuis longtemps, j'avais le sentiment que mon corps ne m'appartenait pas entièrement. Non pas parce qu'il ne fonctionnait pas, ni parce qu'il présentait extérieurement une erreur visible. Au contraire, il était trop normal, trop utilisable, trop conforme à la place qui lui avait été assignée. C'est précisément cette normalité qui le rendait plus difficile à interroger.

J'avais souvent l'impression que mon corps et mon esprit étaient comme deux verres transparents, l'un emboîté dans l'autre. Leurs formes étaient proches ; vus de l'extérieur, ils semblaient donc pouvoir coïncider. Rien n'était brisé, aucune blessure évidente, aucun dysfonctionnement facilement désignable. Pourtant, entre les deux surfaces de verre subsistait toujours une mince couche d'air : presque invisible, mais suffisante pour empêcher une véritable adhérence. Plus j'essayais de les faire coïncider, plus je sentais cette distance faible mais persistante. Ce n'était pas une rupture, mais un décalage continu ; non pas un effondrement, mais une suffocation transparente.

Cette sensation est difficile à ranger dans un mot déjà disponible. On pourrait bien sûr parler de dysphorie, mais ce terme entraîne trop vite l'expérience vers un vocabulaire médical et diagnostique. Pour moi, il serait peut-être plus juste de dire : mon corps n'était pas encore habitable. Il était là, il me portait, il me représentait, il était identifié par les autres comme étant moi ; mais je ne pouvais pas m'y installer entièrement. Il ressemblait à une chambre assignée à une mauvaise adresse, avec mon nom inscrit sur la porte, alors que je n'avais jamais le sentiment d'y habiter autrement que provisoirement.

C'est en ce sens que l'HRT n'a pas été pour moi la preuve d'une vérité identitaire. Ce n'était pas un « moi » déjà achevé trouvant enfin un moyen médical de se manifester. Au contraire, elle a plutôt été une réorientation intuitive. On pourrait même dire qu'elle portait en elle une part d'accident. Je n'ai pas commencé parce que je savais parfaitement où j'allais. Je sentais seulement, de plus en plus clairement, que je ne pouvais plus continuer à habiter ce corps de la même manière.

Cette phrase est importante pour moi : non pas « je déteste ce corps », non pas « je veux abandonner ce corps », mais — je ne peux plus continuer à l'habiter de cette manière. La question n'est pas de nier le corps, mais de modifier la relation entre le corps et la vie. Si l'HRT est devenue une décision, ce n'est pas parce qu'elle me promettait un terme prédéfini, mais parce qu'elle ouvrait une plasticité. Elle m'a fait comprendre, peut-être pour la première fois, que le corps n'était pas un territoire attribué une fois pour toutes à la naissance. Il pouvait être remodelé, ressenti autrement, réorganisé. Il pouvait devenir un lieu en cours d'événement.

Mais je ne peux pas non plus comprendre ce commencement comme un simple événement intérieur. Pourquoi cette pensée est-elle apparue en France ? Pourquoi est-ce après avoir quitté la Chine, après avoir quitté la structure familiale, l'environnement linguistique et les relations sociales qui étaient les miens, qu'elle est soudain devenue imaginable ? Si le désir est une orientation, alors la géographie participe elle aussi à la formation de cette orientation. Ma transition de genre n'a pas eu lieu à l'intérieur d'un corps abstrait, mais dans un corps déjà migré.

Quitter la Chine ne signifie pas entrer dans un espace de liberté pure. La France possède elle aussi son système administratif, ses seuils médicaux, ses regards sociaux, ses structures de racialisation et l'instabilité de ses approvisionnements pharmaceutiques. Mais la migration modifie la distribution des contraintes. En Chine, mon corps était placé dans une mémoire sociale continue : la famille, les proches, l'école, le lieu de naissance, les appellations dans la langue, le genre inscrit sur les papiers d'identité, la mémoire que les autres avaient de « l'ancien moi ». Ces relations ne prennent pas toujours la forme de la violence. Parfois, elles sont simplement trop familières, trop stables, trop continues, et rendent ainsi très difficile tout déplacement du corps.

En France, je n'ai pas véritablement acquis une liberté transparente ; je suis plutôt devenue transparente dans un autre sens. En tant qu'étrangère, mon passé n'était pas connu de tous. Mon corps n'était plus constamment ramené à une image d'enfance, à un nom familial, à une position sociale déjà confirmée. J'étais instable : linguistiquement, je n'appartenais pas entièrement à ce lieu ; administrativement, je devais sans cesse prouver mon existence ; affectivement, je ne possédais pas vraiment de « chez moi ». Mais c'est précisément cette instabilité qui a produit une fente. Parce que je n'appartenais pas entièrement à ici, je n'avais pas non plus à me soumettre entièrement à la manière dont ici me connaissait ; parce que j'avais quitté là-bas, je n'étais plus constamment fixée par la mémoire que là-bas gardait de moi.

Cet état n'était pas une libération, mais une suspension. Mon corps semblait placé entre deux pays, entre deux langues, entre deux systèmes de relations sociales. Il avait perdu ses anciens points d'ancrage sans encore acquérir une nouvelle appartenance. Peut-être est-ce dans cette suspension que la transition a cessé, pour la première fois, d'être un mot lointain, pour devenir une direction susceptible d'être essayée. Non pas parce que j'aurais soudain su qui j'étais, mais parce que je me trouvais enfin dans un lieu où personne ne savait entièrement qui j'étais.

Cela m'a fait comprendre que la migration géographique n'est pas l'arrière-plan de la transition, mais l'une de ses variables. Elle modifie la manière dont le corps est regardé, les attentes auxquelles il doit répondre, les relations entre le nom, la voix, les vêtements, les médicaments et les documents administratifs. La possibilité pour un corps de commencer à changer ne dépend pas seulement de la volonté intérieure du sujet ; elle dépend aussi du lieu où ce corps est placé, de ceux qui s'en souviennent, des institutions qui l'administrent, et des espaces où il peut obtenir une forme provisoire d'intraçabilité.

Ainsi, « ne pas être chez soi » ne relève pas seulement de l'exil ou de la solitude. Cela peut aussi devenir une condition de plasticité. Le foyer signifie la protection, mais aussi la reconnaissance continue ; le pays signifie l'appartenance, mais aussi les archives, les normes et le regard social familial. En quittant ces structures familiales, je ne suis pas devenue un sujet sans poids. Au contraire, je suis entrée dans une autre forme de vulnérabilité. Mais cette vulnérabilité était aussi une ouverture : elle m'a permis, dans un corps situé ailleurs, d'imaginer un corps autre que celui du passé.

Cette expérience n'est pas isolée. Les corps trans ne commencent pas toujours leur transition dans un espace purement privé ; ils cherchent souvent des interstices entre les systèmes médicaux, les structures familiales, les environnements linguistiques, les conditions de classe, les trajectoires migratoires et les frontières nationales. Pour beaucoup de personnes, accéder à l'HRT n'est jamais seulement une question de désir. Il s'agit aussi de pouvoir accéder à l'information, obtenir une ordonnance, être cru par un médecin, assumer les coûts, trouver une source fiable de médicaments, et supporter les conséquences au sein de la famille ou des relations sociales. Le désir n'apparaît pas dans le vide. Il doit traverser les institutions, la géographie, et les chaînes d'approvisionnement.

Dans le contexte chinois, cela devient particulièrement visible. Les expériences d'HRT de nombreuses personnes trans y sont instables : certaines, faute d'obtenir une attestation psychiatrique ou d'entrer dans un parcours médical systématique, dépendent de communautés en ligne, de circuits

informels, de médicaments achetés au marché noir ou de réseaux d'entraide. L'accès aux médicaments, les informations sur les dosages, le suivi corporel, les analyses sanguines et l'accompagnement médical peuvent tous se trouver dans un état de discontinuité. La transformation du corps se trouve alors confiée à des stocks fragmentaires, à des informations incertaines et à des formes d'entraide précaires. Pour ces corps, la transition n'est pas une route reconnue et accompagnée par l'institution, mais une pratique qui consiste à maintenir une direction dans les fissures mêmes du système.

Cela me permet aussi de relire ma propre position, lorsque j'ai commencé l'HRT en France. Je n'étais pas dans un lieu parfaitement sûr, parfaitement légal, parfaitement stable. Les pharmacies françaises connaissent elles aussi les ruptures de stock, les ordonnances expirent, les médecins ont leurs propres jugements, et le système administratif continue d'exiger que le corps soit classé, enregistré, prouvé. Mais par rapport aux relations sociales dans lesquelles j'étais située auparavant, la France m'a offert une autre distance : non pas une liberté absolue, mais une distance par rapport au réseau relationnel qui me fixait. C'est cette distance qui a rendu certaines choses, auparavant inimaginables, susceptibles d'être tentées.

De ce point de vue, la migration n'est pas le décor extérieur de la transition, mais une force qui participe à la production du corps. Elle peut ouvrir des possibilités, mais aussi produire de nouvelles vulnérabilités. Le corps d'une personne trans migrante peut obtenir davantage d'espace d'action en quittant la famille et les milieux de connaissance ; il peut aussi devenir plus fragile à cause de la langue, du statut administratif, du séjour, de l'économie et du système médical. Il peut être momentanément recouvert par l'identité d'« étrangère », et ainsi ne pas être immédiatement soumis aux mêmes mécanismes de rappel à l'ordre du genre ; il peut aussi, pour cette même raison, être racialisé, marginalisé, administré. La migration ne supprime pas le pouvoir : elle redistribue les chemins par lesquels le pouvoir atteint le corps.

C'est exactement là que se situe mon corps : ni entièrement libéré, ni encore fixé de la même manière qu'avant. Il est suspendu entre la Chine et la France, entre le chinois et le français, entre l'ancien nom et le nouveau nom, entre le fait d'être rappelé et celui de ne plus l'être.

Cette suspension n'est pas un lieu stable, mais elle est devenue l'une des conditions de commencement de la transition. Après avoir perdu ses anciens repères, mon corps n'a pas immédiatement trouvé une nouvelle appartenance ; mais il a obtenu un intervalle rare, dans lequel il pouvait commencer à participer à sa propre réorganisation.

C'est dans cet intervalle que l'œstradiol est entré dans ma vie. Il est bien sûr une molécule, une ordonnance, un gel, un dosage, une valeur dans une analyse sanguine, et parfois une ligne interrompue dans le système de stock d'une pharmacie. Mais il est aussi une hypothèse. Il pose une question au corps : si la matière peut être redistribuée, la vie peut-elle aussi être réagencée ? Si la peau, la graisse, la température, les émotions, le sommeil, le désir, les postures peuvent lentement se déplacer, le sujet doit-il rester fixé dans sa forme ancienne ?

Ce changement n'est pas toujours grandiose, ni toujours visible. Il se produit davantage à un niveau lent, presque microscopique. Le temps du corps s'étire. La transformation n'apparaît pas comme un événement, mais comme une sédimentation : une texture de peau légèrement différente, un poids

qui se redistribue, des variations émotionnelles nouvelles, une manière modifiée de rester devant le miroir, une perception autre de sa silhouette lorsqu'on traverse la ville. L'HRT ne pousse pas seulement le corps vers une image de genre ; elle modifie la distance entre le corps et lui-même.

À cet endroit, l'écriture de Paul B. Preciado sur les hormones est importante pour moi. L'hormone n'est pas seulement une substance médicale ; elle est aussi une technologie politique, un mécanisme moléculaire qui pénètre la production du sujet. Le corps n'est plus seulement l'objet de l'institution, ni le contenant d'une identité ; il devient le champ de croisement entre les médicaments, le capital, la médecine, le désir et l'auto-expérimentation. L'œstradiol n'est jamais purement privé ; il n'est jamais seulement « mon choix ». Il passe par l'industrie pharmaceutique, l'ordonnance, les médecins, les pharmacies, l'assurance maladie, les chaînes d'approvisionnement transnationales et les normes de genre avant d'atteindre ma peau. Son trajet jusqu'à mon corps a déjà traversé la politique et la géographie.

Mais je ne veux pas écrire l'HRT comme un simple récit de libération. Ce n'est pas une ligne droite allant de l'oppression à la liberté, ni un passage d'un corps faux vers un corps vrai. Un tel récit est trop propre, trop complet, trop proche de ce que les institutions sont prêtes à entendre. Il suppose qu'un vrai corps aurait existé depuis toujours, seulement recouvert ; il suppose que la tâche de la transition serait de le rendre visible. Mon expérience n'est pas celle-là. Pour moi, la question n'est pas de révéler une vérité déjà constituée, mais de produire des conditions matérielles, sociales, géographiques et poétiques permettant à un corps de devenir habitable.

Un « corps habitable » ne signifie pas un corps confortable, ni un corps entièrement confirmé. Ce n'est pas un corps sans contradictions, sans risques, sans pressions extérieures. Au contraire, il continue d'être regardé, mal lu, classé administrativement, suivi médicalement, investi par des désirs, entouré de violences ou de fantasmes. Mais il commence à ne plus être seulement une enveloppe que je transporte. Il devient un espace que je peux réagencer depuis l'intérieur.

C'est pourquoi la transition ne peut pas être comprise uniquement comme un changement d'identité. Elle ressemble davantage à une série de réorientations minuscules. Choisir un médicament, presser une dose de gel, attendre que la peau l'absorbe ; entrer dans une pharmacie, faire face à la voix douce ou froide d'une pharmacienne ; corriger un prénom dans un formulaire ; se reconnaître dans un miroir tout en doutant de soi ; ajuster la position d'un vêtement ; apprendre une nouvelle manière de s'asseoir ; répondre au regard d'un homme, ou en éviter un autre ; sentir son corps devenir soudain visible dans la rue. Ces gestes ne sont pas les éléments secondaires de la transition. Ils en constituent la matière même.

Depuis Ahmed, le corps ne préexiste pas simplement avant d'entrer dans l'espace. Il prend forme dans la manière dont il s'oriente vers le monde. Nous nous tournons de manière répétée vers certains objets, nous adoptons certaines postures, nous empruntons certains chemins ; ainsi, le corps acquiert progressivement une forme. Le genre n'est pas non plus quelque chose qui s'exprime purement depuis l'intérieur. Il se produit entre l'atteignable et l'inatteignable, entre le proche et le lointain, entre l'habitude et la déviation.

Ainsi, le désir n'est pas une carte complète précédant la transition. Il n'est pas une instruction claire qui me dirait d'où partir, par où passer, et où arriver. Il ressemble plutôt à une aiguille légèrement

déviée. Au début, il n'est même pas stable. Il peut être extrêmement précis dans certaines sensations, et totalement confus dans d'autres. Il peut dire avec certitude : « ici, il n'est plus possible de continuer », sans pouvoir immédiatement nommer ce qu'est « là-bas ». Il est d'abord un sens de la direction, avant d'être une destination.

Cela me fait penser à la dérive. Non pas comme posture romantique de flânerie, mais comme une manière pour le corps et l'espace de s'éprouver ensemble. La transition, pour moi, n'est pas un chantier architectural au sens d'un plan préétabli : il n'y a pas de dessin complet, pas de modèle final, pas de progression entièrement maîtrisable. Elle ressemble plutôt au fait de se déplacer dans une ville inconnue : se tromper de chemin, revenir, s'arrêter, être attirée par un détail, découvrir soudain une ruelle, comprendre autrement sa propre position. Le corps se reconnaît à travers ces déplacements. Il n'est pas dessiné d'avance ; il apparaît peu à peu dans les écarts.

Cette apparition ne signifie pas qu'une vérité remonte à la surface. Elle relève plutôt d'une génération. Le corps n'est pas découvert, il est composé. Il est composé de molécules, mais aussi de postures ; de documents administratifs, mais aussi de vêtements et de miroirs ; des stocks d'une pharmacie, mais aussi des regards dans la rue ; des noms dans la langue, mais aussi des hésitations dans le silence ; d'un lieu de naissance, d'un passeport, d'une carte de séjour et de circulations pharmaceutiques transfrontalières. Il est matériel et social ; politique et poétique ; corporel et géographique.

Je ne veux donc pas dire : « J'ai commencé l'HRT parce que j'ai enfin su qui j'étais. » Cette phrase est trop simple, trop fermée. Il serait plus juste de dire que j'ai commencé l'HRT parce que j'ai commencé à comprendre que l'identité n'est pas un noyau attendant d'être découvert, mais un ensemble de conditions à vivre. Mon corps n'est pas une énigme à résoudre, mais un lieu ; non pas une réponse déjà achevée, mais une habitabilité en cours de construction.

Je ne veux pas non plus dire : « Je suis venue en France, donc j'ai obtenu la liberté. » Ce serait tout aussi simple. Il serait plus juste de dire qu'après mon arrivée en France, certaines relations qui me fixaient auparavant se sont desserrées, tandis que de nouvelles institutions, une autre langue et d'autres regards sociaux m'ont entourée autrement. C'est entre ce desserrement et cet encerclement que mon corps a commencé à obtenir une nouvelle direction. La migration géographique ne m'a pas conduite dans un lieu sans pouvoir ; elle a modifié la distance entre le pouvoir et mon corps.

Ce que je désire n'est pas non plus seulement la proposition abstraite de « devenir femme ». Cette formulation est importante, bien sûr, mais elle ne suffit pas à décrire la complexité de l'expérience. Ce que je désire, c'est une nouvelle relation entre le corps et le monde : une relation dans laquelle je n'aurais plus à me retirer constamment de moi-même ; une relation capable d'établir une certaine continuité entre la peau, la voix, les postures, la ville, la langue et le regard des autres. Ce que je désire n'est pas un corps féminin parfait, mais un corps que je n'aurais plus sans cesse à quitter.

Ainsi, le désir comme orientation ne pousse pas le corps vers un terme fixe. Il le fait tourner, le fait dévier de la trajectoire qui lui avait été assignée, lui fait chercher une nouvelle gravité. L'HRT est l'une des entrées de cette orientation ; la migration est l'une des conditions géographiques qui rend cette entrée visible. Toutes deux sont extrêmement concrètes : l'une se produit au niveau moléculaire, l'autre au niveau spatial ; l'une modifie la composition matérielle du corps, l'autre

modifie la distance entre le corps et la mémoire sociale. Ensemble, elles permettent à un corps autrefois trop transparent, trop normal, mais inhabitable, de devenir progressivement un lieu qui peut être renommé, retouché, réagencé.

Peut-être que la transition commence véritablement non pas au moment où une identité est prononcée, mais au moment où le corps cesse d'être compris comme un destin. Non pas : « je suis enfin devenue moi-même », mais : je peux enfin commencer à participer à la manière dont mon corps devient. Ce devenir n'a rien de purement intérieur. Il a besoin de médicaments, de passages institutionnels, mais aussi de déviations par rapport à l'institution ; il a besoin de langage, mais aussi de sensations au-delà du langage ; il a besoin de villes, de miroirs, de vêtements, de relations intimes, de documents administratifs et de pratiques artistiques.

En ce sens, le désir n'est pas un ornement privé de l'intériorité. Il est une force spatiale. Il réorganise le visible et l'invisible, le proche et le lointain, le possible et l'impossible. Il déplace légèrement le corps hors de la place qui lui avait été assignée, de sorte qu'il ne soit plus seulement l'objet d'une institution, d'une famille, d'un acte de naissance ou d'un dossier médical, mais un champ encore en construction.

Je n'ai pas commencé l'HRT pour atteindre un vrai corps qui aurait préexisté. Je l'ai commencée pour que le corps retrouve une direction. Cette direction n'est pas toujours claire, mais elle a réellement modifié la distance entre le monde et moi. Elle m'a fait comprendre que la transition n'est pas le passage d'une identité à une autre, mais le processus par lequel un corps acquiert peu à peu son habitabilité.

Et ce processus est précisément ce que ma pratique artistique et mon écriture tentent d'approcher : comment le corps est prescrit par les institutions, et comment il est réorienté par le désir ; comment il traverse les médicaments, la géographie, la langue, la politique et les regards ; comment il cesse d'être seulement un objet à reconnaître, pour devenir un espace en train de produire sa propre forme.

Faire de la vulnérabilité une méthode

Il avait été champion du monde de motocross. Lion, les cheveux roux flamboyants, beau, fier, traversé par une clarté presque solaire. Il n'était pas de ceux qu'une catastrophe avait rendus ternes. Au contraire, il restait en lui quelque chose de la vitesse, un bruit de moteur qui n'avait pas cessé de vibrer au fond du corps. Sept ans plus tôt, en Argentine, lors d'une compétition mondiale de motocross, il avait eu un accident. L'accident lui avait retiré l'usage de la partie inférieure du corps, mais il ne lui avait pas retiré sa manière d'entrer dans le monde.

Il conduisait une immense Jeep. Non pas pour exhiber une forme rugueuse de masculinité, mais parce que les sièges arrière avaient été retirés pour y placer son fauteuil roulant. Cette voiture ressemblait à un entrepôt mobile du corps : à l'avant, il y avait lui ; à l'arrière, son second corps — du métal, des roues, une batterie, une structure mécanique, une manière de se déplacer réinventée après l'accident.

Il m'avait dit qu'il viendrait me chercher devant chez moi pour aller prendre un brunch. Je portais des talons très hauts, presque le genre de chaussures qui ne servent pas à marcher mais à produire une posture ; une robe très courte, qui allongeait le corps, exposait les jambes, réorganisait la taille et la poitrine selon une silhouette féminine que j'étais encore en train d'apprendre. Je pensais monter directement dans sa voiture, comme dans un rendez-vous ordinaire : être prise en charge, emmenée au restaurant, inscrite dans un ordre léger, légèrement frivole, légèrement ambigu.

Mais sa voiture était garée en centre-ville. Il était venu me chercher en fauteuil roulant électrique.

À l'arrière de son fauteuil était attachée une petite plateforme, destinée à transporter des objets, mais sur laquelle on pouvait aussi se tenir debout. Il m'a dit de monter. Je suis montée. Mes talons se sont posés sur cette surface étroite, et le centre de gravité de mon corps est devenu étrange ; je devais m'accrocher à lui, ou plutôt à ce corps qu'il formait avec la machine. Il a mis la vitesse au maximum et m'a emportée sur le trottoir.

À cet instant, la ville est devenue un couloir accéléré vers l'arrière.

Tout le monde nous regardait. Le vent coupait le long de mes jambes, ma robe se soulevait légèrement, le fauteuil produisait un bruit mécanique sourd. Nous passions devant des cafés, des vitrines, des carrefours, des femmes poussant des poussettes, des touristes arrêtés, des hommes qui fumaient. Les regards s'ouvraient sur les deux côtés de la rue comme des entailles que notre passage aurait tracées. J'étais habillée de manière sensuelle et non fonctionnelle, debout sur le plateau arrière du fauteuil d'un homme handicapé, traversant la ville à une vitesse presque absurde. L'image n'avait presque pas besoin d'être expliquée ; elle était déjà saturée : talons hauts, fauteuil roulant, vitesse, handicap, désir, soleil, cheveux roux, robe courte, ville au bord de la mer.

Dans un état de flottement, j'ai eu l'impression de monter sur le dos d'un héros-centaure sorti de la mythologie grecque. Moitié homme, moitié machine ; moitié ancien champion, moitié dispositif

d'après l'accident ; moitié mythe, moitié pavés du trottoir, rampes, feux de circulation et visages de passants qui ne s'étaient pas encore retirés.

Lui n'était pas gêné. C'est un point essentiel.

Il ne se diminuait pas. Il ne faisait pas semblant de ne pas exister. Il n'opposait pas au monde le silence blessé de quelqu'un qui se sentirait offensé. Il conduisait son fauteuil avec maîtrise, comme s'il pilotait le fantôme ralenti d'une autre moto. Il savait que les gens regarderaient. Il savait même mieux que moi, et plus précisément que moi, comment ces regards pouvaient tomber sur un corps. Il m'a dit qu'au bout de sept ans, il s'était habitué à la transformation du regard des autres : autrefois le regard porté sur un homme séduisant ; désormais un regard plus complexe, plus hésitant, porté sur un corps difficile à classer immédiatement.

Cette phrase est restée dans mon corps.

Car à cette période-là, moi aussi, je traversais une forme de re-regard. Mon corps était en pleine transformation après le début du THS. Mes seins commençaient à pousser, la graisse se déplaçait, les lignes de mon visage devenaient instables, mes émotions montaient et redescendaient comme des marées. J'avais même l'impression, à ce moment-là, que mes sourcils changeaient chaque jour. Dans le miroir, je n'étais pas une image fixe, mais une photographie en train d'apparaître dans l'obscurité : chaque jour un peu plus, et un peu moins ; un peu plus proche, et un peu plus étrangère.

Ce qu'il y a de plus aigu au début d'une transition, ce n'est pas seulement que le corps change. C'est de ne pas savoir si le monde voit déjà ce changement. On ne sait pas si les autres vous regardent parce que vous êtes belle, ou parce que vous êtes étrange ; parce que vous êtes désirée comme femme, ou parce qu'une incertitude fuit quelque part aux bords du corps ; parce que vos talons, votre robe courte et votre posture composent une image féminine frappante, ou parce que cette image, quelque part, ne s'est pas encore totalement stabilisée.

Ce jour-là, je ne parvenais pas à savoir où se posaient les regards des passants. Sur son fauteuil ? Sur mes jambes ? Sur la composition trop théâtrale que nous formions ?

Sur cette manière de se déplacer, presque mythologique et presque burlesque, entre un ancien champion assis dans un fauteuil roulant et une femme trans debout sur des talons hauts ?

Je ne savais pas. Tout devenait illisible.

Et c'est précisément cette illisibilité qui formait la première couche de la vulnérabilité : non pas le fait d'être regardée, mais l'impossibilité de savoir comment l'on est regardée.

Un corps installé de manière stable dans la norme peut souvent traiter les regards des autres comme un bruit de fond. Il n'a pas besoin de tout analyser, de chercher sa place dans chaque retour de tête, chaque arrêt, chaque insistance visuelle. Il peut prendre la rue pour la rue, le restaurant pour le restaurant, le rendez-vous pour le rendez-vous. Il n'a pas besoin de traduire chaque réaction du monde en preuve concernant sa propre existence.

Mais pour un corps en transition, le monde peut difficilement rester un arrière-plan. Le monde devient trop proche. La rue trop proche, le regard trop proche, le miroir trop proche, le désir trop proche lui aussi.

Chaque visibilité ressemble à un jugement provisoire. Non pas un jugement au sens juridique, mais une évaluation plus fine, plus quotidienne, plus difficile à contester : ce corps est-il crédible ? Ce genre est-il fluide ? Cette posture est-elle naturelle ? Cette femme peut-elle être lue comme femme sans hésitation ? Mon corps, à ce moment-là, ne manquait pas de désir ; au contraire, il en était plein. Il désirait être vu, désirait être confirmé, désirait la beauté, désirait être emmené dans le monde par un homme séduisant. Mais c'est aussi pour cette raison qu'il devenait plus facile à atteindre.

Car le désir n'est pas toujours consolant. Le désir est parfois une lumière trop forte.

Pour un corps en transition, être désirée n'est pas seulement le début possible d'une intimité. Cela peut aussi pousser soudain le corps dans une position dont il ne peut plus se retirer : qui est désiré en moi ? Quelle partie de moi est vue ? Désire-t-il la femme que je suis en train de devenir, ou une étrangeté qu'il projette sur moi ? Son baiser me confirme-t-il, ou me rend-il plus consciente encore du fait que j'attends d'être confirmée ?

Ce n'est pas parce que cet homme posait problème. Au contraire, il était très bien. Il était galant, drôle, généreux ; il savait prendre soin de la situation et conserver une forme d'orgueil léger. Nous avons pris un brunch, marché en ville, mangé une glace, été à la fête foraine, puis dîné au bord de la mer. Cette journée aurait presque pu être racontée comme un beau rendez-vous. Même plus qu'un rendez-vous ordinaire : à cause de son fauteuil, de mes talons, de la vitesse urbaine et de la lumière au bord de la mer, elle était plus nette, plus théâtrale, plus proche d'une séquence de film qui aurait pu recevoir des applaudissements au Festival de Cannes.

Mais parfois, ce sont précisément les choses belles qui font s'effondrer.

Parce que la beauté n'annule pas l'exposition. Parce qu'être désirée avec douceur, c'est encore être désirée. Parce qu'un baiser peut être à la fois romance, confirmation, danger et excès d'information.

Le soir, il m'a raccompagnée chez moi. Nous nous sommes dit au revoir dans son immense Jeep. Il y avait dans la voiture une intimité étrange : la ville, dehors, était terminée ; l'intérieur formait un espace clos, provisoirement séparé de la rue. Il m'a demandé s'il pouvait m'embrasser. Nous nous sommes embrassés.

Rien de mauvais n'était arrivé. Et c'est justement parce que rien de mauvais n'était arrivé que l'effondrement qui a suivi m'était encore plus inexplicable.

Je suis rentrée chez moi sans allumer la lumière. L'appartement était entièrement sombre. Je me suis assise sur le canapé, j'ai enlevé mes talons, et j'ai soudain commencé à pleurer. Ce n'étaient pas quelques larmes discrètes, mais des pleurs comme si le corps s'ouvrait. Je ne savais pas ce que je pleurais. Je n'avais pas de blessure identifiable, personne à accuser, aucun dommage précis à nommer. Mais je pleurais avec une tristesse immense, comme si trop de choses m'avaient traversée

en une seule journée, et que mon corps, une fois la nuit tombée, avait enfin la possibilité de les expulser.

Plus tard, j'ai compris que ces pleurs n'étaient pas un échec émotionnel, mais un savoir du corps.

Le corps avait compris avant le langage une chose : il n'existe pas de manière indépendante. Il n'est pas une unité fermée, autonome, capable de s'accomplir seule à condition d'être suffisamment déterminée. Le corps est toujours exposé au monde : aux regards, à l'espace, au désir, à la technique, à la vitesse, au langage et aux réactions des autres. La vulnérabilité ne signifiait pas que je n'étais pas assez forte ; elle signifiait que je ne pouvais plus faire comme si le corps n'avait aucun rapport avec le monde.

Dans ce rendez-vous, la vulnérabilité ne se manifestait pas comme faiblesse. Elle apparaissait en même temps que la vitesse, la sensualité, la fierté, l'humour, le désir. Elle n'était pas les pleurs eux-mêmes, mais toute la structure qui les précédait : l'équilibre sur le plateau arrière du fauteuil, les regards que les passants ne parvenaient pas à retirer, le regard complexe auquel lui s'était déjà habitué, les transformations corporelles auxquelles moi je ne m'étais pas encore habituée, la douceur de ce baiser, et la suspension dans laquelle je ne pouvais pas savoir comment j'étais lue.

C'est aussi pour cela que je refuse de comprendre la vulnérabilité comme une valeur morale. Elle n'est ni pureté, ni bonté, ni profondeur automatiquement acquise par la souffrance. Elle ressemble plutôt à une condition d'exposition : lorsque l'interface entre le corps et le monde devient trop sensible, certaines structures habituellement dissimulées commencent à apparaître.

La pensée de Sara Ahmed sur l'orientation offre ici une entrée précise. Un corps n'est pas simplement situé dans l'espace ; il est orienté par l'espace, guidé, autorisé, empêché, réorienté. Certains corps coïncident avec les directions par défaut du monde, et leurs gestes paraissent alors naturels, légers, sans nécessité d'explication. D'autres rencontrent sans cesse de petites déviations : les marches, les rampes, la largeur du trottoir, les hésitations des autres, les incertitudes dans la manière de nommer, la demi-seconde supplémentaire dans un regard. L'espace n'est pas neutre. Il présuppose déjà un certain corps : un corps capable de se tenir debout, de marcher, lisible dans son genre, dont la manière de se déplacer ne produit pas d'arrêt.

Ce jour-là, son fauteuil roulant et mes talons hauts révélaient cela d'une manière à la fois absurde et exacte. Un corps dépendait de la machine pour réorganiser sa vitesse ; un autre dépendait d'une posture féminine pour maintenir son équilibre. Un corps reconstruisait sa mobilité après l'accident ; un autre reconstruisait sa lisibilité au cours d'une transition. Ce ne sont pas les mêmes expériences, et elles ne peuvent pas être simplement comparées. Mais sur la même surface urbaine, elles produisaient simultanément une friction, rendant visibles des règles habituellement cachées derrière la fluidité du « passage normal ».

Je ne veux pas faire de l'expérience du handicap une métaphore de la transition. Ce serait trop brutal, et malhonnête.

Le handicap n'est pas une ressource rhétorique à ma disposition. Lui non plus n'était pas un personnage symbolique destiné à éclairer ma propre situation. Il était un homme concret : fier, beau,

séduisant, traversé par une catastrophe, mais portant encore en lui la mémoire de la vitesse, sachant encore mobiliser le désir et la scène. Il n'était pas un exemple de vulnérabilité, mais quelqu'un qui vivait déjà avec elle depuis sept ans. Son corps ne subissait pas passivement le monde ; après l'accident, il avait réinventé sa propre forme.

C'est précisément cela qui m'a bouleversée. Ce n'est pas qu'il n'était pas vulnérable. C'est qu'il avait déjà transformé la vulnérabilité en technique.

Il savait entrer dans la rue, affronter les regards, déplacer son fauteuil, faire en sorte que la machine ne signifie pas seulement le manque, mais aussi le style, la vitesse et le contrôle. Il ne possédait plus le corps d'avant, celui du champion de motocross, mais il n'avait pas abandonné l'orgueil du champion. Il l'avait simplement déplacé dans une autre structure corporelle.

Moi, à ce moment-là, je ne possédais pas encore cette technique.

J'apprenais encore à supporter un corps en transformation. À ne pas me laisser engloutir par les détails devant le miroir ; à ne pas transformer chaque regard dans la rue en jugement ; à éprouver du plaisir dans le désir d'un homme sans me livrer entièrement à sa confirmation. La transition ne modifie pas seulement la forme du corps ; elle modifie aussi la manière dont on reçoit le monde. Le monde devient plus sonore, plus lumineux, plus tranchant. Tout prend des bords : les bords du vêtement, les bords de la voix, les bords des lignes corporelles, les bords du regard, les bords d'incertitude dans l'intimité.

La question de la recognizability chez Judith Butler devient ici concrète : un corps n'est pas automatiquement compris du seul fait qu'il existe. Il doit entrer dans certains cadres pour être identifié comme un corps intelligible. La lisibilité n'est pas une évaluation sociale ajoutée après coup au corps ; elle participe à la constitution même de sa réalité. Une personne peut savoir intérieurement qui elle est, mais elle doit encore être lue d'une certaine manière dans le monde. Non pas parce qu'elle dépend de l'autorisation d'autrui pour exister, mais parce que le corps n'est jamais un objet purement privé. Le corps apparaît toujours dans la relation.

C'est là que se trouve la racine de la vulnérabilité : le corps doit passer par le monde, et le monde n'est pas toujours prêt pour lui.

Le travail de Rosemarie Garland-Thomson sur le staring m'aide également à comprendre les regards de ce jour-là. Regarder fixement n'est pas simplement voir. C'est une forme de vision interrompue par la différence. Lorsqu'un corps interrompt l'attente de normalité du regardeur, le regard s'arrête, devient collant, devient excessif. Ce que la personne regardée supporte n'est pas seulement la vision elle-même, mais le désir de classification contenu dans cet arrêt : qu'es-tu ? Comment dois-je te comprendre ? À quel type de corps appartiens-tu ? Dois-je compatir, admirer, désirer, ou détourner les yeux ?

Ce jour-là, lui et moi n'étions pas regardés de la même manière. Mais ensemble, nous produisions un arrêt du regard.

Son corps évoquait l'accident, le sport, l'interruption d'une masculinité motrice, la reconstruction de la mobilité. Mon corps évoquait le genre, le désir, la parure, la féminisation et une lisibilité qui n'était pas encore entièrement installée. Ensemble, les regards des passants ne parvenaient pas à achever rapidement leur classification. C'est peut-être pour cela que cette image était si forte : elle n'était ni tragédie, ni spectacle ; ni romance, ni cas sociologique. Elle était une image temporairement composée par deux corps dans l'espace public, impossible à digérer immédiatement.

La vulnérabilité se situe précisément dans cette impossibilité d'être immédiatement digérée.

Elle ne signifie pas : « je suis facile à blesser ». Elle signifie : « mon corps empêche les mécanismes par défaut du monde de rester invisibles ».

Une personne en fauteuil roulant rend visible la conception de la ville. Une personne en transition rend visible la lisibilité du genre. Une femme en talons hauts debout sur la plateforme arrière d'un fauteuil roulant rend visibles les relations entre désir, déplacement, regard et norme. La vulnérabilité n'est pas seulement ce que le corps subit ; elle est aussi ce par quoi le corps rend visible la source de la pression.

Ainsi, faire de la vulnérabilité une méthode ne signifie pas rester dans la blessure, ni demander au monde de répondre par la pitié. La pitié fixe trop facilement le corps en position basse. La vraie question n'est pas de savoir qui mérite la compassion, mais qui a le droit de ne pas s'expliquer ; qui peut passer avec fluidité ; quel corps est pris pour défaut ; quel corps, dès son apparition, oblige l'espace, le langage et le regard à produire un mouvement supplémentaire.

Ce soir-là, je n'ai pas pleuré parce que j'étais plus vulnérable que lui, ni parce que j'aurais vu sa vulnérabilité. Plus exactement, j'ai vu en lui une vulnérabilité déjà entraînée, organisée, stylisée ; et en moi, une vulnérabilité qui n'avait pas encore trouvé sa forme. Mon corps changeait, mais il n'avait pas encore acquis une posture stable. Il désirait être vu, tout en craignant d'être percé à jour ; il désirait être désiré, tout en craignant l'erreur cachée dans le désir ; il désirait entrer dans le monde, tout en ne pouvant s'empêcher de sentir comment le monde attribue une place aux corps.

Les pleurs ont eu lieu à l'intersection de ces deux vulnérabilités.

L'une était la sienne : un corps d'après l'accident, qui avait appris à revenir dans le monde par la machine, la vitesse, l'humour et l'orgueil. L'autre était la mienne : un corps du début de transition, traversé simultanément par la forme, l'émotion, le désir et la lisibilité, et qui n'avait pas encore appris à se tenir de manière stable dans le monde.

Ces deux vulnérabilités ne sont pas les mêmes. Elles ne se remplacent pas. Mais ce jour-là, elles ont brièvement avancé côte à côte sur le même trottoir.

Il était assis dans son fauteuil. J'étais debout sur mes talons. Il m'emportait avec lui. La ville nous regardait. Je croyais que ce n'était qu'un rendez-vous ; plus tard, j'ai compris que c'était une leçon sur le corps.

Non pas une leçon sur la manière de devenir forte. Mais une leçon sur le fait qu'un corps n'est jamais seul.

Un corps a besoin d'appuis, de chemins, de réactions, d'une complicité de l'espace, d'une forme de reconnaissance. Le corps n'est pas un fait isolé, mais un point de croisement entre plusieurs relations. La vulnérabilité n'est pas l'échec du corps ; elle est le moment où ces relations deviennent sensibles.

Voilà ce que j'entends par vulnérabilité : non pas une blessure, mais une forme sensible de connaissance. Elle rend les seuils visibles, les frictions audibles, les regards pesants. Elle fait qu'un baiser n'est pas seulement un baiser, qu'un trottoir n'est pas seulement un trottoir, qu'un corps ne peut plus être pris à tort pour le corps seul.

Faire de la vulnérabilité une méthode, c'est apprendre depuis cette surexposition. Non pas romantiser l'exposition, mais reconnaître que certains savoirs n'apparaissent qu'après la perte de l'évidence corporelle. Lorsqu'une personne ne peut plus traverser naturellement le monde, elle commence à voir la structure du monde. Lorsqu'un corps n'est plus pris pour défaut, il commence à percevoir le défaut lui-même.

Cette nuit-là, j'étais assise dans le noir, mes pieds retirés de mes talons comme si je sortais provisoirement d'une posture féminine. Mon corps était épuisé, mais lucide. Tous les regards du jour, la vitesse, le vent de la mer, la glace, le fauteuil, les cheveux roux, le baiser et le tremblement sans nom se rassemblaient à nouveau dans l'obscurité. Les pleurs ne m'ont pas donné de réponse, mais ils ont ouvert une question : si le corps doit passer par le monde pour devenir lui-même, alors la vulnérabilité n'est peut-être pas ce que je dois surmonter. Elle est l'entrée par laquelle je commence à comprendre le monde.

SUR-DOSÉE

Je ne me suis pas surdosée moi-même.

Cette phrase est importante pour moi, parce qu'elle écarte d'abord une imagination trop facilement projetée sur les corps trans : comme si le corps en transition était toujours un corps excessif, comme s'il portait naturellement en lui une volonté d'accélérer, d'abuser, de modifier trop loin, trop vite, trop fort. Or c'est précisément l'inverse qui s'est produit. Pendant ces trois mois, je n'ai pas augmenté moi-même la dose, je n'ai pas raccourci volontairement l'intervalle, je n'ai pas forcé mon corps à changer plus vite sous l'effet d'un désir impatient. J'ai simplement suivi une ordonnance. Un médecin généraliste a écrit une fréquence, la pharmacie l'a lue, l'infirmière l'a exécutée, le médicament est entré dans mon corps. La forme de l'ordonnance est silencieuse, presque sans théâtralité. Elle ne crie pas, ne commande pas, ne s'explique pas. Elle écrit seulement, sur une feuille de papier, avec la stabilité de la langue médicale : faites ainsi.

Je l'ai donc fait.

Un médecin généraliste à Marseille m'avait prescrit du Décapeptyl. Son principe actif est la triptoréline, un analogue de la GnRH, notamment utilisé dans certains traitements du cancer de la prostate, et dont l'un des effets consiste à réduire la production d'hormones sexuelles par le corps. La forme que j'avais reçue était une forme à libération prolongée : une dose censée se déployer sur trois mois avait été prescrite à un rythme d'une injection toutes les trois semaines. Le traitement n'était alors plus seulement un traitement. Il devenait une compression temporelle : un rythme médicamenteux de trois mois était replié dans trois semaines, et mon corps se retrouvait forcé de supporter un mécanisme de suppression trop dense.

Au début, je n'ai pas immédiatement compris ces réactions comme un « surdosage ». Je sentais seulement que mon corps devenait de plus en plus lent. Mon désir sexuel avait presque entièrement disparu, ma force diminuait rapidement, le sommeil devenait lourd, et même la journée semblait recouverte par un poids invisible. Mon humeur commençait à descendre, une tendance dépressive apparaissait, l'énergie du corps semblait se vider continuellement. Les analyses sanguines ont montré que ma testostérone avait été abaissée en très peu de temps jusqu'à un niveau proche de zéro, plus bas même que celui que l'on observe souvent chez de nombreuses femmes cisgenres adultes en bonne santé. Plus tard, j'ai aussi appris qu'une suppression hormonale excessive ou prolongée pouvait avoir des effets sur la densité osseuse. À ce moment-là, j'ai compris qu'une erreur de dosage n'était pas un accident médical abstrait. Ce n'était pas un chiffre que l'on pouvait simplement barrer et réécrire sur une ordonnance, mais une réalité progressivement supportée par le corps : le désir se retire, les muscles se retirent, la vigilance se retire, et les os eux-mêmes commencent à entrer dans l'ombre de cette erreur.

Ce qu'il y a de plus inquiétant dans cette erreur, ce n'est pas qu'elle ait eu lieu sous une forme violente, mais précisément qu'elle ait eu lieu sous la forme d'un soin. Personne ne m'a forcée.

Personne n'a semblé brutal. Le médecin a écrit l'ordonnance, la pharmacie a délivré le médicament, l'infirmière a réalisé l'injection, je me suis présentée à l'heure prévue. Chaque étape semblait normale, presque professionnelle. C'est justement pour cela que j'ai mis plus de temps à comprendre que mon corps ne résistait pas au traitement ; il supportait un déséquilibre enveloppé dans la forme même du traitement.

Plus tard, j'ai compris que l'erreur n'avait pas commencé dans mon corps. Le corps n'a été que le dernier lieu où cette erreur s'est déposée. Elle existait d'abord dans un texte médical, dans l'écriture d'une fréquence, dans l'organisation erronée du rapport entre dose et temps. Elle a traversé le cabinet médical, la pharmacie, le rendez-vous d'injection, le geste de l'infirmière, avant d'entrer en moi sous une forme moléculaire. Le surdosage n'a pas été l'excès de mon désir, ni ma tentative de pousser la transition vers une vitesse incontrôlable. Il a été une erreur de calcul institutionnelle, transmise à mon corps sous une forme légale, douce et exécutable.

C'est à partir de là que j'ai commencé à comprendre autrement le mot dosage. Il semble appartenir à ce que la médecine a de plus technique, de plus froid, de moins littéraire : combien de milligrammes, combien de millilitres, à quel intervalle, à quelle concentration, pendant combien de mois, si les valeurs sanguines se trouvent ou non dans les normes de référence. Il appartient aux notices, aux ordonnances, aux boîtes de médicaments, aux bilans biologiques et aux recommandations cliniques. Il semble répondre à une question très simple : de combien un corps a-t-il besoin ? Mais c'est précisément dans cette question apparemment simple que se cache l'une des relations de pouvoir les plus complexes. Car « combien » n'est jamais seulement une quantité. « Combien » signifie aussi : qui a le droit de décider ce qui n'est pas assez, qui a le droit de décider ce qui est trop, qui définit l'ajustement, quelle expérience peut servir de preuve, et quel corps supporte finalement les conséquences d'une erreur de jugement.

Qu'est-ce qu'un bon dosage ? Une dose correcte ? Une dose moyenne ? Une dose sûre ? Une dose ajustée par l'expérience d'un médecin ? Une dose confirmée par les laboratoires pharmaceutiques, les essais cliniques, les autorités de régulation et les systèmes d'assurance ? Ou bien une dose avec laquelle un corps, à un moment donné, peut réellement vivre, tenir, se réorganiser ? Cette question ne peut pas être laissée à la seule pharmacologie. Lorsqu'un dosage tombe sur un corps en transition, il ne concerne plus seulement la concentration d'un médicament. Il concerne aussi le temps, la norme, l'expérience corporelle, la position du savoir. Il règle le rythme auquel une substance entre dans le corps, mais aussi la vitesse à laquelle le changement corporel est considéré comme acceptable. Il ne détermine pas seulement si le traitement est efficace ; il détermine aussi comment le corps est calibré, attendu, poussé, suspendu, interprété.

La pensée de Canguilhem sur le normal et le pathologique devient ici importante. Elle nous rappelle que le normal n'est pas seulement une moyenne statistique, ni un état qu'un système extérieur pourrait définir entièrement à l'avance. Le vivant possède une capacité normative : un corps vivant ne se contente pas d'obéir passivement à des standards, il produit ses propres normes dans sa relation à l'environnement, à la maladie, au changement et aux contraintes. Autrement dit, la médecine ne peut pas seulement demander si un corps correspond à une valeur ; elle doit aussi demander comment ce corps vit dans cette valeur. Pour un corps, le normal ne signifie pas se

rapprocher abstraitement d'une moyenne, mais retrouver une capacité de vie, une capacité à s'organiser autrement après une transformation.

Vu sous cet angle, le « bon dosage » ne peut pas être uniquement la réponse d'un tableau. Il devrait être une relation : entre savoir pharmacologique, expérience clinique, contrôle du risque, sensation corporelle, rythme personnel et conditions de vie. Une dose peut paraître raisonnable dans une notice et produire pourtant un effondrement dans un corps concret ; une autre peut s'écarter d'une moyenne statistique et permettre à un corps de trouver une stabilité plus juste. Il ne s'agit pas de nier la nécessité des standards médicaux, mais de rappeler que le standard ne peut pas remplacer la capacité normative du corps lui-même. Mon corps n'est pas un contenant vide attendant qu'une valeur extérieure vienne le remplir. Il réagit, il se fatigue, il s'inquiète, il ressent, il se souvient, il juge aussi. Il n'est pas seulement affecté par le dosage ; il réévalue le dosage par ses propres réactions.

Pourtant, le système médical ne donne pas toujours au corps cette possibilité de parole. Surtout lorsqu'un corps ne correspond pas exactement aux objets pour lesquels les parcours médicaux existants ont été initialement conçus, il risque plus facilement d'être traité comme un cas approximatif. Mon corps est entré dans le THS sans entrer dans un monde médicamenteux entièrement pensé pour les corps trans. Les œstrogènes, bloqueurs, gels, injections et analyses qui composent mon traitement proviennent souvent d'autres cadres thérapeutiques : ménopause, cancer de la prostate, blocage pubertaire, endométriose, troubles endocriniens. La transition réemploie des molécules, des notices, des formes pharmaceutiques et des logiques cliniques déjà existantes. Le médicament n'est pas né pour mon corps concret ; il est redéployé en lui.

Cela ne signifie pas que ces médicaments ne devraient pas être utilisés dans les soins trans. Le problème est ailleurs : lorsque le corps trans doit se modifier à travers une grammaire pharmaceutique qui n'a pas été entièrement préparée pour lui, le dosage devient une zone plus instable. Un médecin peut être bienveillant, mais la bienveillance ne garantit pas la connaissance. Une institution peut autoriser l'accès, mais l'autorisation ne garantit pas la compréhension. Une ordonnance peut être légalement exécutée, mais la légalité ne garantit pas la justesse. Ce qui me blesse le plus dans cette expérience de surdosage, ce n'est pas qu'elle prouve qu'un médecin aurait été « mauvais » ; c'est qu'elle révèle un vide de connaissance possible du système médical face aux corps trans. Le dommage ne vient pas toujours de l'hostilité. Il vient parfois d'une approximation institutionnalisée, d'une manière douce mais erronée de traiter un corps.

La pensée cyborg de Donna Haraway m'aide à ne pas imaginer le corps comme une matière originaire, pure, attendant d'être perturbée par une intervention médicale extérieure. En réalité, mon corps n'a jamais été simplement naturel. Il est déjà composé par la langue, le droit, la famille, les normes de genre, les classifications médicales, les médicaments, le passeport, les analyses sanguines, les ordonnances et les regards sociaux. Le THS n'est pas une technique extérieure qui viendrait soudain modifier un corps jusque-là intact ; il est la poursuite d'une transformation dans un corps déjà technicisé, institutionnalisé, socialisé. Mon corps n'est pas un « corps naturel plus médicament », mais un corps composé par des médicaments, des savoirs, des désirs, des diagnostics, des systèmes d'approvisionnement et des expériences personnelles.

Cela ne rend pas le corps faux. Au contraire, cela le rend plus réel. Car le corps réel n'existe jamais abstraitement hors des institutions. Il se trouve toujours dans un certain agencement de savoirs. La notion de situated knowledges chez Haraway est particulièrement importante pour moi : aucun savoir ne parle depuis un ciel sans position. Le savoir du médecin a une position, le savoir du laboratoire pharmaceutique a une position, les sujets des études cliniques ont une position, l'expérience du patient a aussi une position. L'objectivité ne devrait pas signifier l'effacement des positions, mais la reconnaissance de l'endroit depuis lequel un savoir parle, de ceux qu'il sert, de ceux qu'il oublie, et de ceux qu'il rend calculables. Mon corps ne s'oppose pas au savoir médical ; il demande que sa situated experience ne soit pas exclue du jugement médical.

Dans mon expérience du THS, j'occupe souvent une position étrange : j'ai besoin des médecins, mais je dois aussi les surveiller ; j'ai besoin d'ordonnances, mais je dois aussi lire les notices ; j'ai besoin du système médical, mais je ne peux pas lui confier entièrement mon corps. Je dois vérifier le nom des médicaments, les formes pharmaceutiques, les intervalles d'injection, les durées de libération, les valeurs sanguines, lire des expériences communautaires, comparer des recommandations médicales dans différents pays, puis revenir à ma fatigue, à mon humeur et aux réactions de mon corps pour réévaluer la situation. Ce n'est pas une auto-expérimentation romantique, mais un travail de connaissance imposé. On demande au patient de faire confiance à la médecine, mais certains patients doivent aussi vérifier sans cesse si la médecine les comprend vraiment.

Cela me fait penser au mot français expérience, qui signifie à la fois vécu et expérimentation. Le THS se situe pour moi entre ces deux sens. Il est une expérience de vie, une manière de réorganiser la relation entre mon corps et le monde ; mais il porte aussi une dimension expérimentale, car les doses doivent être ajustées, le corps observé, le sang contrôlé, les risques gérés. Le problème est que cette expérimentation ne se déroule pas dans un environnement scientifique complet, égalitaire et pleinement informé. Elle se produit souvent dans une situation où le savoir médical est incomplet, où l'expérience des médecins est insuffisante, où les informations communautaires sont fragmentaires, où l'approvisionnement pharmaceutique est instable, et où l'anxiété personnelle est très concentrée. Le corps se retrouve alors forcé de devenir un lieu de production du savoir. Il n'est pas un laboratoire, mais il porte les essais et les erreurs produits hors du laboratoire.

À partir de là, la question du dosage doit entrer dans une histoire plus longue. Les doses médicamenteuses modernes ne sont pas nées naturellement dans un laboratoire purement rationnel. De nombreux savoirs pharmaceutiques sont liés aux plantes, aux expériences locales, aux collectes coloniales, aux routes commerciales, aux réseaux missionnaires, aux besoins militaires et aux expérimentations sur les corps. C'est précisément ce qu'étudie Samir Boumediene dans *La colonisation du savoir*. Une histoire des plantes médicinales du « Nouveau Monde » : la manière dont les Européens, entre 1492 et 1750, ont approprié, par les expéditions, les interrogatoires, les enregistrements, les achats, les interdictions et les renommages, des plantes médicinales américaines ainsi que les savoirs des peuples autochtones et des personnes réduites en esclavage. Les plantes n'y sont pas des objets immobiles d'histoire naturelle, mais des indicateurs de rapports politiques. Tabac, coca, quinquina, gaïac, peyotl, poisons, plantes abortives : ces plantes ne sont pas seulement des matières médicinales, elles sont aussi des indices de la manière dont l'empire organise le savoir, les corps et le gouvernement.

L'idée de « découverte » des plantes médicinales ne peut donc pas être comprise naïvement comme un beau récit de progrès scientifique. Découvrir est toujours un verbe situé. Pour les Européens, il s'agit d'une découverte ; pour les populations locales, il s'agissait peut-être déjà d'usages, d'expériences, de rituels, de soins, d'interdits et de pratiques quotidiennes. Lorsqu'un colonisateur fait entrer une plante dans une pharmacopée européenne ou dans un laboratoire, il ne déplace pas seulement une matière naturelle ; il déplace aussi un rapport de savoir. Les savoirs locaux sont arrachés à leur contexte, traduits dans une langue reconnaissable par la médecine européenne, purifiés en principes actifs, standardisés en doses, intégrés au commerce et au gouvernement. Ce processus n'est pas un simple partage des connaissances, mais une extraction, une réattribution et une institutionnalisation du savoir.

L'histoire du quinquina et de la quinine rend particulièrement visible la dimension politique du dosage. L'écorce de quinquina entre dans la médecine européenne à travers les réseaux coloniaux ; plus tard, son principe actif est isolé et devient un médicament que l'on peut peser, stocker, transporter et utiliser largement. Ce processus transforme la manière même d'exister du médicament : de l'écorce, de la décoction, de l'amertume, de l'expérience locale, il passe à la molécule, au gramme, à la dose, à la pharmacopée et à la circulation globale. La médecine acquiert alors une nouvelle capacité : non seulement dire « cette plante agit », mais aussi dire « quelle quantité agit ». Le dosage rend le médicament reproductible, réglable, commercialisable ; il rend aussi les corps comparables, testables, intégrables à des dispositifs de gouvernement.

Mais « quelle quantité agit » n'est pas une réponse qui surgit spontanément de la nature. Elle vient de l'observation, de l'échec, de l'essai, de l'exposition, du risque et des réactions corporelles. Quels corps ont été observés ? Quels corps ont été testés ? Quelles douleurs ont été enregistrées comme données utiles ? Quels savoirs ont été reconnus comme médecine ? Quels savoirs ont été relégués du côté de la superstition, du remède populaire, de la pratique sauvage ou de l'expérience non vérifiée ? Si la recherche de Boumediene est si importante pour ce chapitre, c'est parce qu'elle rappelle que le savoir pharmaceutique ne porte pas seulement sur les plantes et les molécules ; il porte aussi sur qui peut interroger qui, qui peut enregistrer qui, qui peut posséder l'expérience d'autrui, qui peut transformer le savoir des autres en autorité scientifique propre.

Je ne peux pas simplement assimiler mon expérience aux expérimentations corporelles de la médecine coloniale. Une telle comparaison serait inexacte et effacerait la spécificité des violences historiques. Mais le mot dosage me permet de voir un problème commun : l'ajustement médical n'est pas une vérité sans histoire. Il naît toujours dans des structures de savoir particulières, il dépend toujours de certains corps inclus et de certains corps exclus, il engage toujours des rapports de pouvoir, de ressources et d'interprétation. La médecine coloniale a construit des savoirs pharmaceutiques à travers les plantes et les corps colonisés ; la médecine contemporaine construit des normes de dosage à travers les essais cliniques, les recommandations, les laboratoires, les statistiques et les régulations. Ce ne sont évidemment pas les mêmes choses, mais elles montrent toutes deux que le dosage n'est jamais un chiffre purement neutre. Il est la forme laissée par la stabilisation d'un régime de savoir.

À partir d'ici, je ne veux pas déplacer la question vers les difficultés d'accès au THS dans différents pays. Cette question est évidemment importante, mais elle appartient à une autre analyse, plus

géographique et institutionnelle. Ici, ce qui m’importe davantage est une autre question : comment le dosage produit-il sa propre universalité ? À partir de quels corps une « dose standard » est-elle calculée, et quels corps sont laissés hors de sa moyenne ? Lorsque la médecine dit « habituellement », « recommandé », « fourchette de sécurité », « valeur de référence », quel corps imagine-t-elle ? Ce corps a-t-il un genre ? Une race ? Un âge, un poids, des différences métaboliques, une histoire médicamenteuse, une pauvreté, une migration, une anxiété, des traumatismes, des obstacles linguistiques ? Ou ce corps a-t-il déjà été abstrait en une unité clinique interchangeable ?

La modernité du dosage tient précisément à sa capacité de transformer les corps en objets comparables. Un corps est prélevé, mesuré, intégré à une fourchette, placé dans des courbes, des tableaux et des moyennes. La médecine ne fait pas seulement face à « moi » comme personne concrète ; à travers moi, elle cherche un corps classable : cette valeur est-elle trop haute, trop basse, proche de la cible, éloignée de la norme ? Cette comparaison est évidemment nécessaire. Sans valeurs de référence, le traitement deviendrait un tâtonnement aveugle. Mais le problème est que les valeurs de référence n’aident pas seulement la médecine à voir le corps ; elles déterminent aussi ce que la médecine ne voit pas. Elles rendent certaines différences lisibles, tout en comprimant d’autres différences dans la catégorie de l’écart, de la réaction individuelle ou de l’exception négligeable.

Canguilhem ne propose pas ici une position anti-standard, mais une interrogation plus précise du standard. Ce qui compte n’est pas simplement de savoir s’il existe ou non des normes, mais de savoir si ces normes peuvent revenir à l’activité propre du vivant. Un corps vivant n’est pas passivement situé entre normal et pathologique ; il produit sans cesse de nouvelles normes dans la maladie, le traitement, l’environnement et la transformation. Si la médecine réduit le normal à une moyenne statistique, elle oublie la capacité normative du vivant. Pour moi, cela signifie qu’une dose ne peut pas être dite correcte seulement parce qu’elle correspond à un usage général. Elle doit aussi être éprouvée dans la capacité de vie d’un corps concret. Me permet-elle de me réveiller, d’agir, de désirer, d’étudier, de sentir, de maintenir une certaine stabilité psychique ? Soutient-elle une continuité corporelle nouvelle ? Ou bien se contente-t-elle d’accomplir, sur le plan des chiffres, une suppression apparemment raisonnable ?

C’est précisément ici que le surdosage cesse d’être seulement « trop de médicament ». Il devient le contact raté entre un corps moyen et un corps concret. Il montre qu’une mesure venue de la notice, du système de prescription et de l’habitude clinique n’a pas été réellement calibrée sur mon corps. Mon corps a été traité comme un cas pouvant être pris en charge selon une logique existante, mais ses réactions ont prouvé que cette prise en charge n’était pas suffisante. Le surdosage m’a fait comprendre que l’« ajustement » médical suppose toujours un corps implicite. Et lorsque ce corps implicite n’est pas nommé, il fonctionne sous l’apparence du neutre. Or le neutre n’est souvent que l’expérience d’un certain corps déjà installée comme défaut.

La pensée de Haraway sur les situated knowledges permet de pousser ce problème plus loin. Le savoir médical ne vient pas d’un ciel sans position. Les études cliniques ont leurs sujets, les essais pharmaceutiques leurs critères d’inclusion et d’exclusion, la formation médicale son histoire, les notices leur grammaire institutionnelle. Une dose peut être écrite comme « recommandée » non parce qu’elle échappe à toute position, mais parce que certaines positions ont été stabilisées comme sources de savoir, certains corps ont été intégrés à répétition dans la recherche, certaines différences

ont été jugées importantes, tandis que d'autres ont été placées en marge. L'objectivité ne devrait donc pas signifier faire semblant de ne pas avoir de position ; elle devrait signifier indiquer clairement d'où vient le savoir, sur quels corps il repose, et devant quels corps il risque de ne plus fonctionner.

Ainsi, lorsque j'ai commencé, après le surdosage, à lire les notices, à vérifier les formes pharmaceutiques et les intervalles d'injection, je n'essayais pas de devenir médecin, ni de remplacer la formation médicale par des informations trouvées en ligne. Il s'agissait d'un *situated knowledge* imposé : je devais relire le texte médical depuis mon corps. Pour le médecin, le Décapeptyl est un nom de médicament, une forme pharmaceutique, un rythme d'injection ; pour la pharmacie, c'est un produit que l'on peut commander, rembourser, délivrer ; pour l'infirmière, c'est une préparation à injecter ; pour moi, c'est la disparition du désir, l'augmentation de la fatigue, l'alourdissement du sommeil, la testostérone presque réduite à zéro dans le sang, et l'inquiétude ultérieure pour la densité osseuse. Tous ces savoirs concernent le même médicament, mais ils ne se trouvent pas à la même place. La question n'est pas de savoir lequel doit entièrement remplacer l'autre, mais si la relation médicale permet à ces positions de se corriger mutuellement.

Cela m'amène aussi à comprendre autrement la portée de Boumediene sur l'histoire coloniale des plantes médicinales. L'appropriation coloniale des plantes du « Nouveau Monde » par la médecine européenne ne consiste pas seulement à rapporter des plantes en Europe, ni à découvrir des principes actifs. Plus profondément, elle consiste à réorganiser, dans un système européen capable de nommer, de vérifier, de classer et de posséder, des savoirs dispersés dans les pratiques locales, les connaissances autochtones, les expériences des personnes esclavisées, les rituels, les soins et les observations corporelles. Les plantes sont collectées, les expériences interrogées, les traitements enregistrés, puis renommés, purifiés, marchandisés. Ce processus donne à la médecine européenne une autorité : non seulement dire qu'une plante agit, mais décider comment son efficacité doit être exprimée, quantifiée, transformée en forme pharmaceutique circulaire.

Le dosage est l'une des formes centrales de cette transformation. Tant qu'une plante reste inscrite dans des usages locaux, des décoctions, des jugements empiriques et des contextes rituels, son action ne peut pas facilement entrer dans la langue unifiée de la médecine impériale. Elle doit être décomposée en composants identifiables, en modes d'administration répétables, en matière transportable, en effets enregistrables et en risques contrôlables. Autrement dit, le dosage arrache le médicament à son contexte d'origine pour le faire entrer dans une universalité administrable. Il permet au médicament de traverser lieux, langues et différences corporelles en devenant une unité thérapeutique apparemment identique. Mais cette universalité n'est pas sans coût. Elle repose souvent sur l'extraction des savoirs, l'effacement des contextes et l'expérimentation sur les corps.

De ce point de vue, mon expérience du Décapeptyl n'est pas une répétition de l'histoire coloniale, et ne peut pas être simplement comparée aux expérimentations sur les corps colonisés. Les différences historiques sont trop importantes pour être confondues. Mais Boumediene me permet de voir que les « standards » du savoir pharmaceutique ne sont jamais seulement des produits internes à la science. Ils se forment par extraction, traduction, vérification, institutionnalisation et distribution. Ils transforment certaines expériences en savoirs, certains savoirs en normes, certaines normes en doses exécutables. Dans l'environnement clinique contemporain, ce processus est devenu plus technique

et plus discret. Nous ne sommes plus face à la scène du colonisateur collectant des plantes, mais face aux logiciels de prescription, aux notices, aux recommandations cliniques, aux valeurs biologiques de référence et aux systèmes de régulation. Pourtant, la question demeure : quelles expériences entrent dans le savoir ? Quels corps servent à produire les standards ? Qui supporte les conséquences lorsque ces standards échouent ?

C'est pourquoi le dosage devient une question plus large que la simple quantité de médicament. Il est une technique par laquelle le savoir médical transforme le vivant en objet gouvernable. Une dose doit rendre le corps lisible : trop haut, trop bas, normal, anormal, efficace, inefficace, toléré, indésirable. Elle fait entrer le corps dans le langage médical, mais elle simplifie aussi le corps par ce langage. Elle rend le soin possible, tout en rendant possibles certaines erreurs de lecture. Lorsque le surdosage se produit, ce que je vois n'est pas l'échec total de la médecine, mais la fragilité cachée dans sa précision même : dès que le temps, la forme pharmaceutique, l'expérience corporelle et le jugement clinique ne sont pas réellement alignés, le médicament le plus précis peut produire l'effet le plus grossier.

Je préfère donc comprendre le surdosage comme une crise de mesure. Non pas seulement trop de médicament, mais une mesure extérieure qui perd son adéquation sur mon corps. Elle devait organiser le traitement, mais elle a produit du dérèglement ; elle devait soutenir le corps, mais elle l'a affaibli ; elle devait abaisser une hormone, mais elle a presque effacé une part de l'équilibre endocrinien nécessaire à la vitalité du corps. Cette mesure n'est pas seulement celle d'un médecin individuel. Elle vient du régime pharmaceutique, des habitudes cliniques, de la notice, de la nomination des formes médicamenteuses, de la formation médicale et d'une compréhension encore limitée des corps trans. Mon corps est devenu le lieu où cette crise de mesure s'est produite, mais aussi le lieu où elle a été découverte.

Ainsi, le dosage appartient à la médecine, mais aussi à l'économie politique. Il relie laboratoires pharmaceutiques, régulation nationale, recommandations cliniques, notices, système de prescription, assurance maladie et expérience corporelle. Avant qu'un médicament n'entre dans un corps, il a déjà traversé plusieurs couches de sélection, de nomination et de distribution. Le corps cyborg de Haraway n'est pas ici une image de science-fiction, mais une réalité quotidienne : mon corps est composé de gel, d'injections, d'analyses sanguines, de rendez-vous médicaux, de systèmes pharmaceutiques, de recherches en ligne et d'identité administrative. Le corps n'est plus le terme naturel opposé à la technique ; il est un assemblage continuellement réécrit par des techniques et des savoirs multiples.

Cela ne signifie pas que le corps serait entièrement déterminé par ces systèmes. Au contraire, c'est parce qu'il se trouve dans ces systèmes qu'il doit lutter pour conserver une capacité d'interprétation. Après le surdosage, j'ai commencé à lire, vérifier, douter, non pour remplacer le médecin, mais pour ne plus confier entièrement mon corps à un système qui peut ne pas le comprendre. Ce que je cherche n'est pas une posture anti-médicale, mais une relation médicale plus juste : que le savoir du médecin, la norme du médicament, l'expérience du corps, la mémoire des communautés et le jugement personnel puissent se corriger mutuellement, au lieu qu'une seule de ces instances écrase toutes les autres. La vraie question n'est pas de « croire » ou de « ne pas croire » à la médecine, mais de savoir si la médecine accepte que l'expérience corporelle participe au savoir.

Si le surdosage m'a donné une connaissance, cette connaissance ne porte pas d'abord sur un médicament particulier, mais sur l'origine de la mesure. La mesure de mon corps a été écrite par d'autres, exécutée par d'autres, considérée comme juste par d'autres, jusqu'au moment où elle s'est révélée fausse en moi. J'ai commencé à comprendre qu'un corps peut être soigné par la médecine tout en étant mal lu par elle ; qu'un corps peut entrer dans le système tout en y étant traité par approximation ; qu'un corps peut recevoir un médicament tout en se voyant retirer le pouvoir d'expliquer comment ce médicament agit en lui. Le surdosage n'est pas seulement trop de médicament. Il indique que la relation entre un système de jugement et une expérience corporelle s'est dérégulée.

C'est aussi pour cela que je veux garder l'expression « sur moi ». Bon dosage sur moi n'est pas la formulation la plus naturelle en français, mais c'est précisément cette étrangeté qui me paraît juste. Ce n'est pas pour moi, comme si la dose avait été tendrement ajustée à ma personne ; c'est sur moi, comme une dose qui tombe sur moi, agit sur moi, s'exécute en moi. Il y a dans ce sur une verticalité : le savoir descend sur le corps, l'ordonnance descend sous la peau, l'institution descend dans le sang. Le dosage ne se produit pas sur le papier ; il lui faut un corps pour s'accomplir. Mon corps a été le lieu d'accomplissement de l'ordonnance, mais aussi le lieu où son erreur est devenue visible.

De ce point de vue, être surdosée n'est pas seulement un état médical, mais aussi une position épistémologique. Cela m'a placée dans l'ombre de la précision médicale, là où l'on peut voir comment cette précision est produite, comment elle est crue, comment elle échoue. Cela m'a fait comprendre que derrière chaque dose apparemment froide se trouve une certaine imagination du corps : quel corps est le corps standard, quel corps est le corps d'exception, quelle transformation est considérée comme contrôlable, quelle transformation devient inquiétante, quelle expérience peut être intégrée, quelle expérience reste entre parenthèses. Le dosage n'est pas neutre, parce que le corps n'est jamais neutre. Il est toujours calculé à l'intersection du genre, de la race, de l'État, de la classe, de l'histoire coloniale, de l'économie pharmaceutique et du savoir médical.

Je ne veux pas, au fond, transformer cette expérience en simple accusation médicale. L'accusation risquerait de réduire trop vite le problème à une responsabilité individuelle, comme si trouver la personne qui a mal écrit l'ordonnance suffisait à clore la question. Ce qui mérite d'être écrit, c'est plutôt l'ensemble des relations que cette erreur a rendu visibles : la manière dont la médecine approche le corps par la dose, la manière dont le corps conteste la médecine par ses réactions, la manière dont les savoirs coloniaux ont transformé les plantes et les expériences en standards pharmaceutiques, la manière dont les institutions contemporaines transforment ces standards en prescriptions, et la manière dont les corps trans recherchent, entre ces standards, une condition de vie possible.

Le dosage est une forme politique minuscule. Il n'a pas de grand slogan, il ne produit pas toujours de violence visible. Il apparaît sous la forme de milligrammes, de millilitres, de cycles et de valeurs de référence, organisant le corps sous une apparence professionnelle. Il peut soigner le corps, mais aussi l'induire en erreur ; il peut ouvrir de nouvelles possibilités corporelles, mais aussi inscrire l'erreur dans le corps. Il est à la fois un outil de soin et un outil de normalisation ; à la fois la précision de la médecine et l'endroit où cette précision peut devenir aveugle.

J'ai été surdosée, non parce que mon désir aurait été excessif, mais parce qu'un système a mal calculé mon corps. Cette erreur ne m'a pas fait rejeter la médecine, mais elle m'a rendue incapable de lui obéir naïvement. Elle m'a forcée à demander : qu'est-ce qu'un bon dosage ? Qui le décide ? À partir de quels corps ? Qui l'exécute ? Qui le supporte ? Qui a le droit de dire : cela ne me convient pas ? Si un corps doit passer par le médicament pour retrouver une capacité de vie, alors ce corps doit aussi participer à la définition de la mesure qui le rend vivable.

Être surdosée ne signifie donc pas seulement recevoir trop de médicament. Cela signifie découvrir que son corps a été organisé par une mesure extérieure devenue inadéquate. Cette mesure vient de l'ordonnance, du savoir médical, du régime pharmaceutique, des statistiques, de parcours cliniques qui ne sont pas toujours préparés pour les corps trans, mais aussi d'une histoire plus longue dans laquelle les plantes, les expériences et les corps ont été extraits, traduits, normalisés. Écrire cela n'est pas refuser le dosage, mais rouvrir le mot dosage lui-même : non pas un chiffre, mais une relation ; non pas une unité neutre, mais une histoire ; non pas un simple outil thérapeutique, mais une manière dont le corps est connu, ajusté, cru ou mal compris.

La féminité importée / exportée

Je suis allée à Cannes pour la première fois, mais ce n'était pas pour le Festival.

C'était l'hiver. Je venais de terminer une consultation avec le chirurgien pour une réduction de la pomme d'Adam. En sortant de l'hôpital, l'air de la mer restait lumineux ; même en janvier, la Méditerranée ne semblait pas vraiment froide. Tout s'était déroulé avec une fluidité presque irréaliste : l'opération était provisoirement fixée en janvier, elle pouvait se faire en ambulatoire, avec possibilité de modifier la date si nécessaire. Une telle souplesse m'aurait paru presque impossible dans un hôpital public français. Mon corps semblait soudain placé sur un rail plus lisse : rendez-vous, consultation, confirmation, date opératoire. Rien, pour une fois, ne semblait vouloir me compliquer inutilement l'existence.

Mais la salle d'attente m'est restée dans le corps.

C'était un service spécialisé dans les pathologies de la gorge, du visage et du cou. La plupart des personnes qui attendaient là étaient âgées. Certains visages, certains cous, semblaient déformés par la maladie, les opérations ou le vieillissement. L'air était rempli d'une fatigue que seul le corps peut produire lorsqu'il devient lourd à porter. Quelqu'un gémissait doucement. Quelqu'un respirait avec difficulté. Quelqu'un était soutenu par un proche. Certains visages ne semblaient plus pouvoir répondre facilement au monde par une expression. Ce n'était pas un lieu de beauté. C'était un lieu de douleur, de vieillissement, de lésion et de réparation.

Et moi, j'étais assise au milieu d'eux, bien habillée, parfumée, les cheveux soigneusement arrangés.

Je n'étais pas là pour un cancer, ni pour un accident, ni parce qu'une douleur m'empêchait de vivre. J'étais là pour rendre mon cou plus lisse, pour que mon corps dise une phrase de moins. Ma pomme d'Adam n'était pas très visible ; le médecin me dira plus tard que j'avais de la chance. Mais elle était là. Je savais qu'elle était là. Elle ressemblait à une petite syllabe coincée au milieu du cou, conservant pour l'ancien corps un droit de parole. Je voulais la faire disparaître, non parce qu'elle me rendait malade, mais parce qu'elle pouvait me rendre lisible autrement ; parce qu'elle pouvait, dans une lumière, un angle, une proximité intime, me reclasser.

Dans cette salle d'attente, j'ai ressenti une honte difficile à nommer.

Ce n'était pas du regret. Au contraire, j'étais heureuse. Je savais que cette opération comptait pour moi. Je savais que je la voulais. Je savais qu'après ce petit morceau de cartilage raboté, je pourrais peut-être toucher mon cou plus librement, photographier mon profil plus facilement, laisser le miroir s'attarder sur moi un peu plus longtemps. Pourtant, assise parmi des personnes véritablement retenues par la maladie, j'ai éprouvé une honte presque indécente : devant l'immensité du vieillissement et de la douleur, j'étais venue dans le même espace médical pour devenir plus belle. Les autres corps tentaient de préserver une fonction ; le mien tentait d'ajuster un signe. Les autres

voulaient moins souffrir ; je voulais être moins reconnaissable. Les autres espéraient que leur corps continue à tenir ; je voulais que le mien cesse, à un endroit précis, de parler du passé.

Mais peut-être est-ce précisément ce moment qui m'a permis de comprendre que, pour une femme trans, la beauté n'est jamais seulement de la beauté.

Elle partage le même couloir que la douleur. Elle partage la même chaise que la vieillesse. Elle partage les mêmes instruments, les mêmes lumières, la même anesthésie, les mêmes incisions que les corps pathologiques. Elle ressemble à une question esthétique, mais elle fonctionne aussi comme une technique de survie.

Le jour de l'opération, je me suis levée à six heures du matin et j'ai lavé tout mon corps avec un savon antiseptique à la Bétadine. Ce liquide jaune, avec son odeur d'hôpital, coulait sur ma peau. J'ai eu l'impression de me préparer non pas à une opération esthétique, mais à une guerre. L'hôpital m'avait dit que je pourrais écouter de la musique au casque pendant l'intervention, sous anesthésie locale. Je pensais écouter Beethoven. Je m'imaginais allongée sur la table d'opération comme une héroïne de Luc Besson : froide, absurde, élégante, traversant le danger sans perdre sa silhouette.

Finalement, juste avant de commencer, le chirurgien m'a demandé de ne pas mettre mes écouteurs. Il m'a dit que le bloc venait d'être équipé d'une nouvelle enceinte, et qu'ils pouvaient diffuser de la musique directement. La première chanson qui a commencé m'a presque fait rire : Suddenly I See de KT Tunstall, celle du début du Diable s'habille en Prada. J'ai dit que j'aimais cette chanson. Le médecin a plaisanté à moitié en disant que leurs playlists étaient étudiées en fonction des patients. Je ne sais pas si c'était vrai. Mais à cet instant, la scène ressemblait vraiment à un film.

L'assistant a annoncé mes constantes : rythme cardiaque normal, tension artérielle rêvée.

Peut-être que, depuis la veille, tout mon système hormonal s'était mis automatiquement en mode guerre. Depuis le départ, l'arrivée à l'hôpital, le changement de vêtements, jusqu'au moment où je me suis allongée sur la table d'opération, j'ai gardé une sorte de sourire de général. Non pas parce que je n'avais pas peur, mais parce que je ne m'autorisais pas à avoir peur. Ce sourire était une armure posée sur l'endroit même où mon cou allait être ouvert.

L'anesthésiste et les médecins parlaient légèrement tout en piquant mon cou. Sept ou huit injections, peut-être plus. Après avoir vérifié que je ne sentais plus rien, ils ont commencé à ouvrir la peau. Je crois que c'était un bistouri électrique ou un laser ; une odeur de chair brûlée est montée dans l'air. J'ai dit que ça sentait le barbecue. L'anesthésiste m'a répondu que je pourrais en manger le soir même.

J'ai gardé les yeux fermés pendant toute l'intervention. Je ne voulais pas voir les instruments. Je sentais seulement ma peau être ouverte couche après couche, écartée, tirée vers le bas. Puis il y a eu ce bruit de ponçage rapide, ce claquement sec contre le cartilage de ma pomme d'Adam. Des bruits métalliques d'armes froides et d'armes chaudes se croisaient à l'intérieur de mon cou. Je sentais les outils entrer, gratter, pousser, ajuster. Je n'osais même pas avaler ma salive. À un moment, j'ai dit que je sentais de la chaleur. Sans discuter, le chirurgien a immédiatement ajouté une injection d'anesthésiant dans mon cou, comme un coup d'épée.

Dans ma tête, une phrase hurlait :

Je n'ai pas peur. Je n'ai pas peur. Je n'ai pas peur.

Je veux être belle. Je veux être belle. Je veux être belle.

Cette phrase est évidemment absurde. Elle ressemble presque à une réplique de mauvais film, ou à la caricature la plus dangereuse de la féminité : pour être belle, on peut laisser un couteau entrer dans le cou, laisser la peau s'ouvrir, laisser le cartilage être poncé, transpirer sur une table d'opération tout en gardant le sourire. Mais à cet instant, elle était vraie. Non pas parce que je croyais que la beauté était plus importante que le corps, mais parce que, dans mon expérience corporelle, la beauté n'était pas simplement le fait d'être jolie. La beauté signifiait une possibilité : celle d'entrer dans le monde avec moins de résistance, moins de malentendu, moins d'explication forcée. La beauté n'était pas la fin ; elle était un chemin inventé par un corps pour réduire le frottement.

Le chirurgien m'a dit que ma pomme d'Adam n'était pas grande, que j'avais de la chance, que ce serait rapide.

En effet, l'opération a duré environ trente minutes. Lorsqu'on m'a demandé de passer de la table d'opération au lit roulant, j'ai découvert que tout mon corps était trempé de sueur. Le champ opératoire et les draps étaient humides. Ce corps qui souriait comme un général avait, pendant tout ce temps, eu peur comme un animal.

Après une dizaine de minutes de repos, je me suis levée et j'ai remis mes vêtements. Une infirmière m'a apporté un café et un croissant. Après les avoir pris, j'ai demandé au médecin si je pouvais fumer. Il m'a dit oui. Je suis allée dans le couloir de l'hôpital et j'ai fumé une cigarette avec violence.

L'homme qui m'accompagnait est revenu me chercher. Je lui ai demandé s'il s'était reposé dans la voiture. Il m'a répondu qu'il était allé au centre commercial m'acheter une écharpe. J'ai été touchée, mais je ne voulais pas parler ; je lui ai simplement fait un cœur avec les mains. Le médecin m'a dit de revenir deux semaines plus tard pour le contrôle, et qu'il me prescrirait un laser pour la cicatrice. J'ai demandé si ce serait entièrement pris en charge. L'homme qui m'accompagnait a ri doucement. Le médecin a dit : ne vous inquiétez pas, je ne vous ferai rien payer.

C'est seulement à ce moment-là que j'ai prononcé une phrase :

Merci.

Je ne sais pas exactement à qui je disais merci. Au chirurgien, à l'anesthésiste, à l'homme qui avait acheté l'écharpe, au système médical français dans l'un de ses rares moments de douceur, ou à moi-même d'avoir pu me coucher sur cette table d'opération. Mais ce merci était sincère.

C'est aussi après cette opération que j'ai commencé à comprendre autrement la féminité. Elle n'est pas toujours légère. Elle n'est pas toujours faite de parfum, de robes, d'eye-liner et de cheveux. Elle peut aussi être faite de Bétadine, d'anesthésie, de bistouri électrique, de bruit de cartilage poncé,

d'une écharpe portée pour cacher le cou, d'une cigarette fumée dans un couloir d'hôpital. Elle ne sort pas naturellement du corps. Elle se coupe, se recoud, s'apprend, se paie, se rembourse, se supporte, s' imagine.

Je croyais autrefois que devenir plus lisible comme femme me rendrait plus sûre.

Cette phrase me paraît aujourd'hui naïve, peut-être même dangereuse. Elle suppose que la féminité serait un lieu à atteindre : il suffirait que les yeux soient assez doux, que la poitrine soit assez claire, que la voix soit assez fluide, que les épaules cessent de paraître trop présentes, que la démarche ne trahisse plus les restes de l'ancien corps, pour que le monde cesse de m'interroger. Elle suppose qu'à un moment suffisamment précis, le corps serait enfin laissé tranquille. Les autres me regarderaient une seconde, puis continueraient leur vie ; les hommes me désireraient sans me soupçonner ; les femmes me reconnaîtraient sans me juger ; les formulaires administratifs m'accepteraient, la rue me laisserait passer, le miroir se calmerait provisoirement.

C'est peut-être ici que la FFS, la facial feminization surgery, cesse d'être seulement une procédure médicale ou esthétique. Même si mon opération concernait la pomme d'Adam et ne relevait pas strictement de la chirurgie de féminisation faciale, elle appartient à la même logique corporelle : abaisser, lisser, déplacer ou cacher les structures que la société lit facilement comme masculines. Front, arcade sourcilière, nez, mâchoire, implantation des cheveux, pomme d'Adam, cordes vocales, tissus mous du visage : ces mots qui appartiennent d'abord à l'anatomie deviennent, dans l'expérience d'une femme trans, une langue sociale. Le visage n'est plus seulement un visage. Le cou n'est plus seulement un cou. Ils sont la photo d'identité, la première seconde dans la rue, l'instant où l'on lève la tête au contrôle du passeport, le jugement sur une application de rencontre, la distance avant un baiser, la question que le miroir me renvoie chaque matin : est-ce que ce visage, ce cou, cette voix vont parler à ma place ?

La violence et la tentation de la FFS se trouvent là. Ce qu'elle promet n'est pas simplement la beauté, mais la réduction du malentendu. Elle rapproche un visage d'une certaine lisibilité féminine attendue socialement, afin que le corps soit placé, avant même de parler, dans une position un peu moins exposée à l'interruption. Des recherches sur la FFS montrent qu'elle est souvent liée, pour les femmes trans, à l'amélioration de la qualité de vie, à la diminution de la dysphorie et à la possibilité d'être plus souvent reconnues socialement dans leur genre. Certaines études ont même utilisé des systèmes de reconnaissance faciale pour comparer des images avant et après FFS, montrant que les visages postopératoires étaient plus fréquemment classés comme féminins. Ce détail est brutalement révélateur : ces opérations ne concernent pas seulement le regard humain, mais aussi la manière dont les machines, les institutions et les normes visuelles classent les corps.

Mais cela signifie aussi que le visage « féminisé » n'existe pas naturellement. Il est un visage modélisé par la médecine, l'industrie des images, les normes esthétiques et la peur sociale de l'erreur de lecture. La chirurgie ne libère pas simplement un vrai soi ; elle peut aussi inscrire dans l'os une réponse aux exigences du monde. Elle ne demande pas seulement : est-ce que je veux être plus belle ? Elle pose une question plus dure : combien de structures jugées inappropriées faut-il retirer pour qu'un visage soit traité avec douceur ? Combien d'anesthésie, de cicatrice, de silence postopératoire faut-il pour qu'un cou cesse de prononcer une phrase ancienne ?

Mais le corps n'entre jamais dans le monde de manière aussi simple.

Plus je m'approche d'une certaine image féminine, plus je comprends que la féminité n'est pas une membrane protectrice. Elle ressemble plutôt à une lumière. Elle rend le corps plus clair, mais aussi plus visible. Elle me fait sortir d'un état d'illisibilité, pour me faire entrer dans une autre forme de lisibilité excessive. Avant, j'avais peur de ne pas être assez femme, peur d'être démasquée dans un angle, une voix, un geste. Ensuite, j'ai commencé à comprendre qu'être suffisamment lisible comme femme ne met pas fin au danger. Cela change seulement la voix par laquelle le danger s'approche.

Il faut ici être très précise : la féminité n'est pas l'essence des femmes, et « être assez femme » n'est pas un véritable critère. Je ne dis pas qu'il existerait une image naturelle, stable et universelle de la femme, vers laquelle les femmes trans devraient se diriger. Au contraire, ce que l'on appelle « assez femme » est une série d'exigences produites et déplacées en permanence par la société. Ce n'est pas un fait, mais un mécanisme de jugement. Il varie selon les époques, les pays, les classes sociales, les races, l'âge, le pouvoir d'achat et le désir hétérosexuel. La féminité du XIXe siècle, celle de l'âge d'or hollywoodien, celle des réseaux sociaux est-asiatiques, celle de la bourgeoisie française, celle de l'industrie esthétique coréenne, celle de la pornographie, ne sont pas identiques. Mais elles composent ensemble un immense ordre visuel : comment une femme doit être vue, désirée, crue.

Ainsi, lorsque je dis que je veux être « plus comme une femme », la phrase est déjà problématique. Comme quelle femme ? De quelle époque ? De quelle classe ? Dans quel imaginaire racial ? La femme du cinéma, de la publicité, du désir masculin hétérosexuel, des textes médicaux, des systèmes de passeport, ou celle que je veux devenir ? Ces femmes ne coïncident pas. Parfois, elles se contredisent.

Ce que j'appelle « être assez femme » ne désigne donc pas une essence féminine, mais un état provisoire de lisibilité sociale. Cela signifie qu'à un moment donné, dans une situation donnée, le corps n'est pas interrompu, pas questionné, pas forcé de s'expliquer. Ce n'est pas la vérité de l'identité, mais le fait qu'un jugement social n'a pas encore trébuché. C'est précisément pour cela que c'est utile, et dangereux. Cela peut m'offrir un peu de calme, mais aussi me faire confondre le calme avec la reconnaissance.

Quand je ne suis pas assez femme, j'ai peur d'être moquée. Quand je suis assez femme, je commence à être abordée, regardée, suivie, désirée. Quand je ne suis pas assez femme, j'ai peur de ressembler à un corps raté. Quand je suis assez femme, je découvre que le corps féminin lui-même n'a jamais été réellement en sécurité.

Ce n'est pas une histoire qui irait de la honte à la victoire. C'est plutôt le passage d'une instabilité à une autre. Le passing n'est pas un aboutissement, ni un trophée. Dans les communautés trans, le passing désigne souvent le fait d'être lu par les autres comme appartenant au genre auquel on s'identifie, sans être immédiatement reconnu comme trans. Pour moi, le passing signifie parfois plus simplement que le monde ne vous interrompt pas : personne n'hésite sur votre pronom, personne ne vous regarde une seconde de trop, personne ne vous extrait de la foule, personne ne vous demande d'expliquer pourquoi vous existez ainsi. Le passing est un silence provisoire, un minuscule non-événement dans la vie quotidienne. C'est pour cela qu'il est désirable. Non pas parce que les

femmes trans seraient superficielles, ni parce qu'elles seraient obsédées par l'imitation d'une féminité dominante, mais parce que ne pas être interrompue est déjà un luxe.

Mais ce calme est fragile. Il exige un travail continu du corps.

J'ai commencé à comprendre que la féminité ne sort pas naturellement de l'intérieur du corps. Elle demande de l'entraînement, de l'argent, de l'entretien, une calibration répétée devant le miroir. Elle demande de savoir quel vêtement rendra les épaules plus étroites, quelle coiffure adoucira le visage, quelle forme d'œil sera plus facilement lue comme féminine, quel maquillage ne semblera pas trop travaillé, quelle voix ne sera ni trop basse ni trop jouée, quel sourire paraîtra naturel plutôt que crispé. Elle installe une forme de surveillance permanente, presque comme un petit système de contrôle placé à l'intérieur du corps. Ce système scanne sans cesse : ici est-ce trop masculin ? Là est-ce trop artificiel ? Ce geste est-il sûr ? Cet angle révèle-t-il quelque chose ? Cette expression va-t-elle me faire retomber dans une place où je ne veux plus revenir ?

Ce travail est souvent confondu avec la superficialité. Les autres voient le maquillage, la robe, la poitrine, les opérations, les photographies, les postures élégantes, et il devient facile de parler de coquetterie, de narcissisme, d'obsession de l'apparence. Mais pour une femme trans, l'apparence n'est jamais seulement l'apparence. Elle est la première langue de négociation avec le monde. Elle détermine si un corps peut entrer plus fluidement dans l'espace public, s'il peut rencontrer moins de friction au guichet administratif, à la pharmacie, à l'école, au restaurant, dans la rue ou sur une application de rencontre. La forme d'un œil, le contour d'une poitrine, la douceur d'un cou, la hauteur d'une voix peuvent modifier la première réaction d'autrui. Or cette première réaction n'est pas légère. Elle peut décider si une conversation se déroule normalement, si un homme me considère comme quelqu'un qu'il peut présenter publiquement, ou si un inconnu se sent soudain investi du droit de juger mon corps.

Le problème plus large est que cette « première réaction » n'est pas privée. Elle vient de l'histoire.

La féminité moderne n'est pas naturelle ; elle est produite. Elle est fabriquée par les images coloniales, les classifications médicales, le cinéma, les magazines de mode, les hiérarchies raciales, la publicité, la pornographie, les filtres des réseaux sociaux et la chirurgie esthétique. Ce que l'on appelle des traits doux, un corps fin, une peau jeune, une posture désirable mais non menaçante, semble relever du goût personnel ; en réalité, ces formes ont déjà été organisées par le capital visuel global. Lorsqu'une personne entre dans une clinique esthétique et dit qu'elle veut un visage plus féminin, derrière son désir personnel se tiennent Hollywood, la K-pop, Instagram, TikTok, la mode française, la médecine esthétique est-asiatique, les normes blanches, le désir masculin hétérosexuel et les exigences administratives de lisibilité du genre.

C'est aussi pourquoi la FFS ne peut pas être comprise uniquement comme un choix individuel de femme trans. Bien sûr, elle peut être une forme de réalisation de soi. Elle peut diminuer la dysphorie, permettre de se regarder dans le miroir, de sortir, de subir moins de violence. Mais elle révèle aussi ceci : la société inscrit la différence de genre dans les os, puis laisse certaines personnes acheter chirurgicalement la possibilité d'être correctement reconnues. La chirurgie de féminisation faciale montre que le « sexe naturel » n'a jamais été simplement naturel. Si un visage peut être

recoupé, rempli, raboté, remonté, suturé, puis relu socialement, alors le genre n'est jamais un pur fait. Il est aussi une relation entre formes, angles, proportions et systèmes de jugement.

Si la féminité des femmes cisgenres paraît plus naturelle, ce n'est pas parce qu'elle n'est pas apprise. C'est parce que cet apprentissage commence plus tôt, dure plus longtemps, et correspond davantage aux attentes sociales, au point d'être confondu avec le corps lui-même. Les petites filles apprennent très tôt comment s'asseoir, comment sourire, comment moduler leur voix, comment ne pas prendre trop d'espace, comment être visibles sans paraître trop disponibles, comment être jolies sans paraître vulgaires, comment refuser sans rendre l'autre dangereux. Elles aussi sont formées. Mais cette formation est accomplie jour après jour par la famille, l'école, les médias, les relations intimes et la rue, jusqu'à devenir une habitude apparemment naturelle.

Le problème des femmes trans n'est pas qu'elles « performant » la féminité. Le problème est que leur performance est visible.

Elles doivent être assez féminines pour être reconnues ; dès qu'elles le sont trop, elles sont accusées d'être excessives, artificielles, caricaturales, d'incarner un fantasme masculin ou une imitation des femmes. Elles ne doivent être ni trop masculines, ni trop féminines ; ni trop ratées, ni trop réussies ; ni trop brutes, ni trop raffinées au point de devenir inquiétantes. Elles doivent accomplir le travail parfaitement, tout en effaçant les traces du travail. C'est là que le passing devient cruel : il exige que le corps réussisse sa transformation, tout en punissant les marques de cette transformation.

Entre femmes trans, cette pression produit des comparaisons complexes. La voix, le visage, la poitrine, l'ossature, l'âge, le moment où l'on a commencé les hormones, l'accès aux opérations, l'argent, la désirabilité sur le marché amoureux : tout peut devenir objet d'évaluation. À première vue, cela ressemble à de la vanité, parfois à une concurrence interne. Mais réduire cela à de la jalousie serait trop faible.

La concurrence ne commence pas dans la vanité. Elle commence dans la rareté de la reconnaissance.

Lorsqu'une société ne reconnaît volontiers qu'un nombre limité de femmes trans — surtout celles qui sont jeunes, belles, douces, proches des normes féminines dominantes, qui ne produisent pas d'inconfort et n'obligent pas les autres à repenser l'ordre du genre — la féminité devient une ressource rare. Celle qui passe le mieux, qui est la plus belle, dont la voix est la plus naturelle, dont le corps garde le moins de traces masculinisées, obtient plus facilement le désir, la protection, le travail, les relations amoureuses et le calme dans l'espace public. Le corps entre alors dans un classement brutal.

Lorsqu'une femme trans regarde une autre femme trans, elle ne voit pas seulement une beauté. Elle peut voir une permission sociale qu'elle ne possède pas encore. Elle voit quelqu'un plus facilement appelée « elle », plus facilement désirée publiquement par des hommes, plus facilement capable de porter certains vêtements sans être suspectée, sans être clocked. Dans les communautés trans, être clocked signifie être repérée, démasquée, lue comme trans. Le mot peut paraître léger, presque argotique, mais il contient une tension corporelle très concrète : un détail vous trahit, un regard s'arrête une demi-seconde, une adresse change, une scène fluide devient soudain dangereuse.

Elle voit une autre femme trans marcher plus légèrement dans la rue en plein jour. Alors l'admiration, l'amour, la jalousie, la honte, l'identification et l'hostilité se mélangent. Ce n'est pas simplement : je veux être plus belle qu'elle. La question plus profonde est : est-elle plus facilement acceptée que moi par le monde ? Possède-t-elle quelque chose que je dois encore acheter, apprendre, attendre, supporter ?

C'est un effet de discipline. Les femmes trans ne sont pas naturellement condamnées à se comparer. Mais lorsque le monde distribue sans cesse la dignité selon le passing, la beauté, la jeunesse, la douceur, la voix et les proportions du corps, cette logique de distribution finit par être intériorisée dans la communauté elle-même. Nous commençons à nous regarder avec les yeux du monde, et à nous punir avec les instruments par lesquels le monde nous punit.

Cette concurrence est aussi globale. Elle ne se joue pas seulement dans les communautés locales, mais dans la continuité des images sur les réseaux sociaux. Aujourd'hui, une femme trans ne se compare pas seulement aux personnes autour d'elle ; elle se compare à des corps venus de Séoul, Los Angeles, Bangkok, Paris, Shanghai, New York. Elle voit celles qui ont commencé les hormones plus tôt, celles qui ont eu l'argent pour les opérations, celles qui savent mieux se maquiller, celles qui correspondent davantage aux normes blanches ou aux normes est-asiatiques dominantes, celles qui sont plus jeunes, celles que l'algorithme récompense davantage. L'écran place tous ces corps côte à côte, comme s'ils partaient du même point. En réalité, derrière eux se trouvent des systèmes médicaux, des monnaies, des nationalités, des familles, des positions raciales et des environnements juridiques entièrement différents.

Le passing devient ainsi une forme de capital visuel global. Il ressemble à une beauté privée, mais il est produit par l'industrie transnationale de l'esthétique, les algorithmes, les catégories pornographiques, les marchés de la rencontre et les politiques de l'identité. Des recherches sur les normes de beauté cisnormatives montrent comment celles-ci influencent la manière dont les femmes trans comprennent leur beauté, leur corps et leur expression de genre ; d'autres travaux sur les réseaux sociaux et l'image corporelle soulignent le rôle des comparaisons visuelles, des idéaux corporels intériorisés et de la pression médiatique dans l'expérience des personnes trans et non conformes dans le genre. Une femme trans qui se rapproche de cette image féminine globalement diffusée peut obtenir plus d'éloges, de désir, d'attention et de sécurité provisoire ; mais elle devient aussi plus fortement tenue de maintenir cette image, d'investir encore dans son corps, et de traiter chaque partie « insuffisamment féminine » comme un problème à résoudre.

Dans cette structure, la beauté n'est plus seulement la beauté. Elle devient une technique de survie, mais aussi une dette.

Cette concurrence n'est pas propre aux femmes trans. Les femmes cisgenres vivent elles aussi depuis longtemps dans des comparaisons d'apparence, d'âge, de minceur, de classe et de désir masculin. Mais les femmes trans se voient ajouter un contrôle supplémentaire : elles ne doivent pas seulement être belles, elles doivent prouver que leur beauté n'est pas fausse ; elles ne doivent pas seulement être féminines, elles doivent prouver que leur féminité n'est pas une tromperie ; elles ne doivent pas seulement être désirées, elles doivent porter la honte, le soupçon et le déni qui suivent

parfois le désir des autres. Être désirée ne signifie pas être reconnue. Souvent, le désir devient même une autre porte d'entrée de la blessure.

Un homme peut être attiré par une femme trans, lui dire qu'elle est belle, dépenser de l'argent pour elle, la rejoindre la nuit, dans un hôtel, une voiture, une conversation privée, sans vouloir la reconnaître le jour. Il peut désirer son corps et craindre que son propre désir soit vu. Il peut l'embrasser comme une femme, sans vouloir la présenter comme telle. Il peut recevoir d'elle une excitation, puis lui rendre la honte que cette excitation produit en lui, comme si le problème n'était pas son désir, mais son existence à elle.

C'est une cruauté particulière : être désirée sans être introduite dans le réel ; être poursuivie, mais cachée ; être appelée belle, mais maintenue dans le secret.

Ce secret n'est pas accidentel. Il vient de la manière dont l'ordre hétérosexuel moderne administre le désir masculin. Certains hommes peuvent désirer des femmes trans dans l'espace privé, sans pouvoir assumer ce désir dans une relation publique, parce qu'ils craignent que leur masculinité soit contaminée, que leur hétérosexualité soit remise en question, qu'ils soient eux-mêmes reclassés. La femme trans porte alors non seulement ses propres risques corporels, mais aussi la honte produite par l'incapacité de l'homme à reconnaître son désir. Il projette son désir sur elle, puis lui rend la peur que ce désir produit.

Je ne veux pas écrire le désir masculin comme une pure oppression. Ce serait trop simple, et faux. Pour un corps en transition, être désirée peut réellement produire une confirmation. Un regard, une approche, un baiser, une phrase comme « tu es belle » peuvent faire croire au corps, pour un instant, qu'il est enfin compris par le monde. Le problème est que cette confirmation est instable. Elle se transforme trop facilement en possession, en consommation, en test, en honte. Elle ressemble à un cadeau, mais aussi à un piège. Elle me fait sentir que je suis femme, tout en me rappelant que devenir femme ne signifie pas être traitée avec sécurité.

Plus je ressemble à une femme, plus je suis harcelée.

Cette phrase ne doit pas être lue comme une plainte ironique, mais comme une connaissance du monde acquise par le corps. Je pensais autrefois que la féminité me ferait sortir du danger transphobe. J'ai découvert qu'elle me faisait aussi entrer dans le danger misogyne. La rue change de texture. La nuit n'est plus seulement un moment, mais un environnement à calculer. Le regard d'un homme n'est plus seulement un regard ; il peut être le prélude d'une approche. Même lorsque rien ne se passe, le corps se tend d'avance. Il faut tenir son téléphone, choisir son trajet, contrôler sa voix, doser son sourire, refuser sans être trop froide, accepter sans être trop douce. Le corps apprend une vigilance féminine.

Cette vigilance n'est pas propre aux femmes trans. Beaucoup de femmes cisgenres la connaissent depuis l'adolescence. Mais pour une femme trans, elle arrive parfois plus brutalement, et de manière plus contradictoire. Car elle fait face à deux peurs opposées : la peur de ne pas être lue comme femme, et le danger d'être lue comme femme. Ne pas passer peut exposer à la moquerie, à l'humiliation, à l'agression ; passer fait entrer dans la structure du regard, du harcèlement et de

l'appropriation des corps féminins. Il n'existe pas de position absolument sûre. L'illisibilité a ses dangers ; la lisibilité a les siens.

Cela me fait comprendre autrement le mot « femme ». Ce n'est pas une identité calme, ni un certificat que l'on recevrait enfin. C'est une position tirée par de nombreuses forces : beauté, désir, vulnérabilité, travail, violence, histoire, médecine, droit, politique. Si la présence des femmes trans produit des résistances si fortes dans certains courants féministes, ce n'est pas parce qu'elles menacent réellement les femmes, mais parce qu'elles rendent visible l'instabilité interne du mot « femme ».

À l'échelle globale, la position des femmes trans devient de plus en plus clairement un champ de bataille politique. Les débats ont lieu autour des toilettes, des vestiaires, des prisons, de l'école, du sport, de la médecine, de l'éducation des enfants, des papiers d'identité, des pronoms, des organisations féministes, de l'édition et des réseaux sociaux. En apparence, chaque débat concerne une situation précise : qui peut entrer dans des toilettes pour femmes, qui peut participer à une compétition féminine, qui peut modifier ses papiers, qui peut accéder aux bloqueurs de puberté, qui peut être appelée woman. Mais derrière ces débats se joue une question plus profonde : qui a le droit de définir le corps ? Qui a le droit d'administrer le genre ? Qui décide si l'auto-nomination d'une personne est valide ?

Certaines formes de discours féministes excluant les femmes trans comprennent souvent « femme » comme une identité garantie par le corps à la naissance. L'utérus, les règles, la grossesse, le fait d'avoir été élevée comme une fille, l'expérience longue de la domination patriarcale : ces expériences sont réelles, et ne doivent pas être effacées. Mais la question est de savoir si elles peuvent être utilisées pour monopoliser la position de femme. Une histoire corporelle continue depuis la naissance est-elle la seule voie légitime vers l'expérience féminine ? Une personne qui arrive plus tard dans cette position doit-elle rester pour toujours une entrante, une imitatrice, une usurpatrice, voire une menace ?

La controverse publique représentée par J. K. Rowling mérite d'être mentionnée non parce qu'elle devrait devenir le centre de ma réflexion, mais parce qu'elle rend visible une anxiété plus large : si les femmes trans sont aussi des femmes, alors qui administre le mot « femme » ? Qui décide de son entrée ? Quelle douleur peut être comptée comme expérience féminine ? Quel corps est considéré comme assez réel ? Qui doit sans cesse présenter des preuves ?

En apparence, cette controverse porte sur une définition. En réalité, elle porte sur l'appartenance et le pouvoir. Certaines femmes cisgenres craignent que leurs expériences soient effacées, que l'histoire des violences masculines soit diluée, que la sécurité des espaces féminins soit fragilisée. Ces peurs ne sont pas toujours inventées de toutes pièces. Elles s'appuient sur une histoire patriarcale réelle, sur des mémoires corporelles de violence masculine, sur une colère longtemps ignorée par les institutions. Mais lorsque cette peur se transforme en exclusion des femmes trans, elle place d'autres corps féminins vulnérables dans la position de l'ennemi.

C'est l'une des stratégies les plus efficaces de la politique anti-trans contemporaine : elle parle souvent le langage de la protection des femmes. Elle dit vouloir protéger les filles, les mères, les sportives, les espaces féminins, la vérité biologique. Mais dans ce langage de protection, les femmes

trans sont placées d'avance du côté du danger, de l'intrusion, de la tromperie, du déguisement. Elles ne sont plus des femmes à protéger, mais une menace pour la sécurité des femmes. La violence patriarcale ne disparaît pas ; elle est reformulée politiquement comme un « problème trans ».

Les femmes trans ne sont pas les agents du patriarcat. Elles ne sont pas des hommes entrant dans les espaces féminins. Elles affrontent souvent précisément la combinaison de la domination patriarcale, de la transphobie, de la misogynie, de la honte sexuelle et de l'exclusion sociale. La vraie question ne devrait pas être : les femmes trans menacent-elles les femmes ? Mais plutôt : pourquoi la peur produite par le patriarcat finit-elle si souvent par être portée entre différents groupes de femmes ? Pourquoi le sentiment de sécurité de certaines femmes devrait-il se construire par l'exclusion d'autres femmes ? Pourquoi les femmes trans doivent-elles sans cesse prouver qu'elles ne sont pas dangereuses, au lieu que la violence masculine elle-même redevienne le centre du problème ?

Je ne veux pas faire des femmes cisgenres des ennemies. Ce serait idiot, et faux. Les femmes cisgenres subissent elles aussi la discipline du corps, le regard sexualisant, la politique reproductive, l'humiliation de l'âge et la violence masculine. Le vrai problème n'est pas une concurrence naturelle entre femmes cisgenres et femmes trans, mais le fait que la position sociale de femme n'a jamais été distribuée également à toutes. Femmes blanches, femmes bourgeoises, femmes migrantes, femmes asiatiques, femmes noires, femmes handicapées, lesbiennes, travailleuses du sexe, femmes trans : toutes entrent différemment dans le mot « femme ». Aucune expérience féminine ne représente toutes les autres. Ce mot n'a jamais été pur. Il a toujours été ouvert, déchiré par la race, la classe, le corps, le droit, le désir et l'histoire.

Les femmes trans ne créent pas cette déchirure. Elles la rendent visible.

Et lorsqu'une société ne reconnaît pas pleinement les femmes trans, elle les consomme souvent ailleurs. C'est ici qu'il devient impossible d'éviter la question du marché sexuel. Non pas parce qu'il existerait un lien essentiel entre femmes trans et travail du sexe, mais parce que, dans ce marché, les relations entre corps, argent, désir, honte et féminité deviennent particulièrement nues. Le sex work ne doit pas être utilisé comme matériau sensationnaliste, ni comme image tragique des personnes trans. Il est plutôt un champ où apparaissent avec une clarté extrême des structures d'échange déjà présentes dans les relations intimes et le désir social.

De nombreuses femmes trans entrent dans le travail sexuel non parce qu'elles appartiendraient naturellement à ce domaine, mais parce que les ruptures familiales, l'exclusion du marché du travail, les coûts médicaux, le statut migratoire, l'interruption des études, la stigmatisation sociale et les discriminations quotidiennes réduisent leurs options de survie. D'autres transforment le travail sexuel en stratégie économique, en forme de souveraineté corporelle, en travail relativement contrôlé. Les décrire toutes comme des victimes serait une compassion verticale ; romantisier le sex work comme un pur choix libre effacerait la violence, les clients, la police, les plateformes, la pauvreté et les besoins médicaux.

Ce que le marché sexuel rend surtout impossible à ignorer, c'est ceci : la féminité des femmes trans est souvent tarifiée.

Ce tarif ne prend pas toujours la forme directe de l'argent. Il peut apparaître sous forme de dîners, de cadeaux, d'hôtels, de billets d'avion, de loyers, de virements, de protection, de ressources sociales, ou même de l'illusion d'être prise en charge. Plus une femme trans s'approche d'une image féminine reconnue par le désir masculin, plus son corps peut entrer dans ce système d'échange. Elle peut y obtenir des ressources, mais aussi y être piégée. Elle peut recevoir une confirmation, mais perdre du jugement dans cette confirmation. Elle peut utiliser le désir masculin, mais aussi être administrée par lui.

Il n'y a pas ici de réponse morale simple. Car l'économie du désir apparaît souvent là où les institutions publiques échouent. Lorsque la famille ne soutient pas, que l'école ne donne pas de place, que le travail ne s'ouvre pas, que la médecine coûte cher, que la dignité sociale reste instable, le désir peut devenir un système de ressources substitutif. Il donne de l'argent, mais aussi de l'illusion ; il donne de la confirmation, mais produit de la dépendance ; il donne le plaisir d'être vue, mais fabrique la honte d'être cachée.

À l'échelle globale, les femmes trans se trouvent souvent dans ce paradoxe : elles sont décrites par le discours politique comme dangereuses, par l'industrie pornographique comme fantasmes, par le système médical comme cas, par les réseaux sociaux comme miracles visuels de transformation, par le marché amoureux comme secrets, par certains discours féministes comme intruses. Mais comme personnes entières, avec une histoire, un travail, une peur, un désir, une dignité, elles sont beaucoup moins souvent reconnues.

Je dois donc admettre ceci : pour moi, la féminité n'est ni une pure libération, ni un pur piège.

Elle m'a donné de la force. Les robes, le maquillage, les cheveux, la poitrine, le parfum, les yeux, les postures ne sont pas superficiels. Ils m'ont permis de rentrer à nouveau dans mon corps, de ne plus seulement supporter mon image dans le miroir. Ils m'ont donné l'impression que la vie recommençait, que mon corps pouvait enfin devenir un lieu à arranger, à toucher, à attendre. Ils ne sont pas faux. Ils sont profondément réels. Et c'est précisément parce qu'ils sont réels qu'ils sont dangereux.

Je ne peux pas simplement critiquer la féminité, parce que c'est aussi par elle que j'ai survécu.

Mais je ne peux pas non plus la célébrer naïvement, parce qu'elle m'oblige sans cesse à prouver que je mérite d'être reconnue.

Elle me rapproche de moi-même, mais aussi du regard masculin. Elle me donne accès à la beauté, mais me place sous l'administration de la beauté. Elle me sort de l'étouffement de l'ancien corps, mais me fait entrer dans une nouvelle discipline corporelle. Elle me rend désirable, mais m'oblige à distinguer, derrière le désir, la honte, la violence et l'échange. Elle me fait devenir femme, mais elle me montre que la position de femme n'a jamais été sûre.

Peut-être que la transition est si facilement mal comprise parce qu'elle ressemble à une histoire d'identité : une personne passerait du masculin au féminin, d'un mauvais corps à un bon corps, de la souffrance à la complétude. Mais pour moi, les choses ne sont pas aussi nettes. La transition concerne bien sûr l'identité et le corps. Mais elle concerne aussi la manière dont le monde modifie

ses réactions à mon égard. Après les transformations de mon corps, ce qui change n'est pas seulement l'image dans le miroir ; c'est aussi la manière dont les autres s'approchent de moi, me nomment, me désirent, me suspectent, me protègent ou m'excluent.

Je crois de plus en plus que la transition n'est pas le devenir solitaire d'un sujet. Elle est aussi le retour d'un corps dans un système social de lecture.

Dans ce processus, je ne veux pas prouver que je suis une femme. Prouver signifierait déjà accepter le tribunal. Ce que je veux demander, c'est plutôt : pourquoi un corps doit-il être prouvé aussi souvent ? Pourquoi la féminité est-elle contrôlée avec autant de précision ? Pourquoi l'apparition des femmes trans déclenche-t-elle des débats sur le vrai, l'imitation, la sécurité, le féminisme, le désir et l'ordre des corps ? Pourquoi, plus je me rapproche de moi-même, plus je comprends la manière dont le monde administre un corps féminisé ?

Peut-être que je ne veux pas écrire : comment suis-je devenue femme ?

Mais plutôt : comment un corps, en essayant de devenir lui-même, découvre-t-il qu'il entre dans une machine sociale plus complexe ? Comment un corps est-il reconnu par la féminité, puis consommé à cause d'elle ? Comment un corps continue-t-il, entre désir, concurrence, peur, conflit politique et relations d'argent, à affirmer qu'il n'est pas un problème, mais une personne qui vit ?

La féminité n'est pas un abri. Elle n'est pas non plus un mensonge.

Elle est ma manière de m'approcher de moi-même, et aussi la manière dont le monde s'approche de moi, me regarde, me tarifie, me désire, me soupçonne. Elle me permet de vivre davantage comme moi-même, tout en me faisant entrer plus profondément dans les contradictions portées par la position de femme. Elle ne m'a pas conduite vers un lieu sûr. Elle m'a seulement appris que la sécurité n'a jamais été une promesse de la féminité.

Devis pour un corps habitable

Politique de classe trans, corps féminin et néolibéralisme

J'ai compris pour la première fois que mon corps pouvait être découpé en prix lorsque j'ai reçu le devis de mon augmentation mammaire.

Ce n'était pas un document émotionnel. Il ne s'intéressait pas à la manière dont je percevais ma poitrine, ni au moment à partir duquel j'avais commencé à ne plus supporter cette surface plate à l'avant de mon corps, ni à la façon dont, devant le miroir, je tirais mes vêtements, abaissais mes épaules, ajustais ma posture pour rapprocher ma silhouette de celle d'une femme. Il traduisait simplement le corps dans une langue propre, administrative, presque innocente : implants, incision, anesthésie, bloc opératoire, soutien-gorge postopératoire, contrôle, reste à charge, modalités de paiement.

3300 + 700 euros. Possibilité de régler en trois chèques. La secrétaire du médecin m'a envoyé ce devis par mail, accompagné d'une phrase : À bientôt.

Cela m'a paru plus violent que je ne l'aurais imaginé. Non pas à cause du montant lui-même, mais parce qu'une chose extrêmement intime recevait soudain une forme commerciale. La poitrine n'était plus seulement ce volume souple que j'imaginai, ni la courbe absente sous les vêtements, ni la partie d'un corps de femme trans demandant au monde d'être reconnue. Elle devenait une opération que l'on peut chiffrer, signer, fractionner, programmer. Un fragment de corps trans entrait dans le rythme de paiement du marché médical.

Je sais bien qu'une opération coûte de l'argent. Les médecins, les infirmières, l'anesthésie, les matériaux, l'espace, le temps, la technique ne sortent pas de nulle part. Pourtant, en voyant ce devis, j'ai ressenti une étrange lucidité : mon corps entrait dans un régime économique. Il ne s'agissait pas simplement de « devenir davantage moi-même », mais d'être façonnée par un ensemble de prix, d'institutions, de ressources, de frontières de remboursement et de capacités de paiement. Pour la première fois, la possibilité du corps se présentait devant moi de manière aussi claire, sous la forme de l'euro.

Cela ne veut pas dire que ma transition pourrait être réduite à une consommation. Au contraire. C'est précisément parce qu'elle n'est pas une consommation ordinaire que le prix devient si cruel. Si je ne peux pas acheter un vêtement, je peux ne pas l'acheter. Si je ne peux pas acheter un sac, je peux y renoncer. Si un voyage est trop cher, je peux le repousser. Mais lorsqu'une partie du corps se trouve liée à l'habitabilité quotidienne, à la lisibilité sociale, au désir, au fait de pouvoir se toucher soi-même et à une certaine sécurité dans l'espace public, alors le « prix » n'est plus seulement un prix. Il devient une porte. Derrière cette porte, il n'y a pas du luxe, mais une vie avec moins de frottement.

J'ai commencé à comprendre que la transition n'est jamais le même trajet pour tout le monde. On la décrit souvent comme un processus identitaire, corporel, médical, ou comme une forme d'accomplissement de soi. Mais elle est aussi une trajectoire de ressources. Elle demande de l'argent, du temps, une capacité linguistique, des médecins, une assurance maladie, des sources d'information, des communautés, une position urbaine, une stabilité administrative, une période de récupération, des personnes capables de prendre soin de vous, une chambre après l'opération, quelques jours ou quelques semaines sans travailler, un espace sûr où le corps peut lentement gonfler, puis lentement se réparer.

La possibilité de transitionner ne dépend pas seulement du fait de savoir qui l'on est ; elle dépend aussi de la possibilité de payer ce que l'on est en train de devenir.

Cette phrase paraît froide. Elle est pourtant plus proche du réel.

Dans de nombreuses recherches sur l'accès aux soins trans, les coûts, l'assurance, la localisation géographique, les obstacles administratifs et le manque de connaissances des professionnels de santé reviennent constamment. Ces mots semblent appartenir à la neutralité des études de santé publique. Mais replacés dans un corps concret, ils signifient autre chose : certaines personnes peuvent prendre rendez-vous avec un médecin privé, d'autres doivent attendre ; certaines peuvent se rendre en Corée, en Thaïlande, en Belgique ou à Paris, d'autres ne trouvent même pas, dans leur propre ville, un médecin capable de comprendre les soins trans ; certaines peuvent comparer les techniques opératoires, les styles de chirurgiens, les types d'implants, tandis que d'autres doivent d'abord se demander si elles pourront payer leur loyer ce mois-ci.

La situation française est plus complexe que dans beaucoup d'autres pays. Elle n'est ni une utopie médicale parfaitement libre, ni un système entièrement marchandisé sur le modèle américain. Le système médical français m'offre certaines protections, mais aussi certains chemins. Mon THS, mes pharmacies, mes ordonnances, mes médecins, mes opérations se déroulent dans ce système. Mon corps n'est pas entièrement abandonné au marché. Il peut au moins être partiellement porté par certains documents, certains médecins, certains mécanismes de remboursement.

Mais une couverture institutionnelle ne signifie jamais que les corps accèdent également au soin. Même lorsqu'une personne possède une assurance maladie, elle doit encore savoir comment l'utiliser. Même lorsqu'elle possède une ordonnance, elle doit encore savoir où trouver un médecin. Même lorsqu'elle possède un médecin, elle doit encore évaluer si ce médecin comprend réellement les corps trans. Pour moi, cela est très concret : je ne suis pas une « patiente trans française » abstraite. Je suis une femme trans née en Chine, étudiant en France, communiquant avec les médecins en français, dépendant d'un titre de séjour étudiant et du système médical français. Mon corps doit passer simultanément par le langage médical, l'administration migratoire, la capacité linguistique et la capacité économique pour atteindre sa prochaine étape.

Ainsi, la classe n'est pas un arrière-plan extérieur à la transition. Elle entre déjà dans chacun de ses détails.

Qui sait quel médecin consulter ? Qui sait lire une ordonnance ? Qui peut remettre en question un dosage ? Qui peut changer de médecin ? Qui a le temps d'attendre ? Qui a l'argent pour faire des

analyses sanguines, des soins de peau, une épilation laser, une opération ? Qui peut supporter une période postopératoire sans travailler ? Qui peut rester belle, propre, entourée, prise en charge avant et après une opération ? Qui peut faire apparaître sa transition comme un processus calme, et non comme une suite de bricolages, d'urgence et de fatigue ?

C'est une politique de classe trans dont on parle encore trop peu. Elle ne se joue pas seulement entre pauvreté et richesse, mais aussi entre les corps qui peuvent être relativement bien reçus par le système et ceux qui doivent sans cesse se sauver eux-mêmes.

Une femme trans dotée d'un capital économique peut acheter de la vitesse. Elle peut obtenir plus rapidement un rendez-vous médical, accéder plus vite à une opération, corriger plus facilement une partie du corps qui ne lui convient pas, passer plus rapidement d'un système médical à un autre. Une femme trans dotée d'un capital culturel peut acheter de la compréhension. Elle possède des capacités de recherche et des sources d'information. Elle sait ce que sont les règles d'assurance, quels médecins sont plus compétents, quelles techniques chirurgicales comportent moins de risques, comment lire des sites médicaux dans différentes langues, comment distinguer, entre les forums, les expériences communautaires et la littérature médicale, ce qui relève du témoignage, du conseil ou du savoir plus vérifiable. Une femme trans dotée d'un capital social peut acheter des chemins. Elle connaît des personnes déjà opérées, peut recevoir des recommandations de médecins, trouver une aide postopératoire, être accompagnée à l'hôpital.

À cela s'ajoute une forme de capital plus difficile à nommer : la capacité à être prise au sérieux. Elle tient à l'apparence, à la langue, à l'éducation, à la posture, aux vêtements, à l'allure sociale, mais aussi à la possibilité d'apparaître, devant les institutions, comme une personne « crédible », « présentable », « digne d'être accompagnée ». Ce n'est pas de l'argent, mais cela modifie la manière dont l'argent peut agir ; ce n'est pas une ressource médicale, mais cela influence la manière dont les médecins, les infirmières, les agents administratifs, l'école, les employeurs et les inconnus répondent à un corps.

Cela ne signifie pas que les femmes trans qui possèdent ces capitaux cessent d'être vulnérables. Au contraire, cela montre que la vulnérabilité elle-même est traversée par des divisions de classe. Certaines vulnérabilités sont vues, prises en charge, parfois même esthétisées ; d'autres sont perçues comme du désordre, de la confusion, un manque de professionnalisme, ou comme des existences dans lesquelles il ne vaut pas la peine d'investir.

L'analyse de Pierre Bourdieu sur les capitaux devient ici très concrète. Le corps n'entre pas naturellement dans le monde ; il porte toujours avec lui des ressources convertibles : l'argent, l'éducation, la langue, les réseaux sociaux, l'apparence, la posture, le goût, les connaissances médicales, la localisation géographique. Pour une femme trans, ces capitaux influencent la vitesse, la qualité, le risque et le degré de reconnaissance de la transformation corporelle.

Ainsi, ce que l'on appelle la « lisibilité corporelle » n'est plus seulement une question d'apparence. C'est un résultat socialement classé. Si un corps peut être plus facilement accueilli par le monde, ce n'est pas nécessairement parce qu'il serait plus « vrai » en lui-même, mais parce qu'il est soutenu par davantage de ressources : de meilleurs médecins, un traitement commencé plus tôt, des

médicaments plus stables, un temps de récupération plus suffisant, un entraînement esthétique plus précis, un espace de vie plus sûr, moins d'angoisse économique.

En ce sens, il est difficile de critiquer légèrement la beauté lorsqu'il s'agit de femmes trans. De l'extérieur, il est facile de dire : ne te laisse pas prendre par les normes de beauté, ne réponds pas au regard masculin, ne sois pas obsédée par la chirurgie, ne transforme pas ton corps en objet de consommation. Ces phrases peuvent paraître moralement justes, mais elles oublient souvent une chose : certains corps ne se rapprochent pas de la beauté par vanité, mais pour réduire les risques.

Pour une femme cisgenre, la beauté peut être une forme de capital ; pour une femme trans, elle est souvent d'abord une condition de circulation sociale.

Cela ne signifie pas que la beauté serait une liberté. Au contraire, sa cruauté tient précisément au fait qu'elle peut à la fois me protéger et m'endetter.

Le devis de mon augmentation mammaire ne m'a pas seulement montré le prix d'une poitrine. Il m'a fait voir le destin plus général du corps féminin dans une société néolibérale. Le néolibéralisme ne gouverne pas toujours le corps par l'interdiction ; il le gouverne plus souvent par le choix. Il ne m'ordonne pas directement de devenir belle ; il présente la beauté comme une réalisation de soi. Il ne me dit pas directement que mon corps est insuffisant ; il propose continuellement des solutions d'optimisation. Il ne dit pas : tu es soumise à une structure ; il dit : tu peux investir en toi-même.

C'est là le piège le plus profond de la politique néolibérale du corps : elle transforme les pressions structurelles en responsabilités individuelles.

Si je ne suis pas assez belle, c'est que je ne me suis pas assez bien gérée. Si je ne suis pas assez jeune, c'est que je n'ai pas su prendre soin de moi à temps.

Si je ne suis pas assez raffinée, c'est que je manque de goût. Si je ne peux pas payer une opération, c'est que je ne gagne pas assez d'argent. Si je rencontre des obstacles dans le système médical, c'est que je n'ai pas trouvé les bonnes informations. Si mon corps n'est pas reconnu avec fluidité, c'est peut-être encore que je ne me suis pas suffisamment optimisée pour être lisible.

Dans cette logique, la société reconnaît rarement la pression qu'elle impose aux corps. Elle demande seulement aux corps de s'améliorer.

Le corps féminin se trouve ainsi organisé comme un chantier permanent. Il faut gérer la peau, le poids, l'âge, les émotions, la voix, la posture, le désir, les images. « Être soi-même » ressemble de plus en plus à « se gérer soi-même ». La confiance en soi ressemble de plus en plus à la capacité de se présenter comme un objet digne d'être aimé. Le self-care se rapproche lui aussi d'une consommation continue : soins de peau, médecine esthétique, sport, dents, cheveux, vêtements, parfum, photographies, image sur les réseaux sociaux.

Cela ne veut pas dire que ces pratiques seraient fausses. Les soins de peau peuvent être un plaisir réel, le maquillage peut être une création réelle, la chirurgie peut être une libération réelle, un beau vêtement peut réellement ramener quelqu'un dans son corps. Le problème n'est pas de savoir si ces désirs sont vrais ou faux. La question est plutôt : pourquoi ces désirs apparaissent-ils presque

toujours sous la forme d'un choix individuel, alors que les structures qui les produisent restent si rarement visibles ?

Pour les femmes trans, cette logique devient plus tranchante. Elles ne sont pas seulement invitées à optimiser leur corps ; elles doivent aussi, par cette optimisation même, rendre leur genre croyable. Elles ne sont pas seulement tenues d'être belles ; elles doivent faire porter à la beauté une fonction d'explication sociale : expliquer qui elles sont, réduire l'hésitation d'autrui, diminuer la probabilité d'être interrompues, rendre leur existence moins immédiatement sommée de se justifier.

C'est ici que la transition et le néolibéralisme se rencontrent : le corps devient un projet, le genre devient un travail, la lisibilité devient un investissement, la sécurité devient un résultat de consommation.

Ma poitrine n'a pas encore été ouverte par la chirurgie qu'elle est déjà inscrite dans une logique d'investissement. Projection basse ou projection haute, implant rond ou anatomique, placement sous-musculaire ou sous-fascial, incision sous-mammaire ou axillaire : chaque choix n'est pas seulement un choix médical, mais aussi un calcul d'image corporelle future. Il concerne la manière dont je m'habillerai, dont je serai photographiée, dont je serai vue, dont je me confirmerai devant le miroir, dont je pourrai réduire une certaine dissonance corporelle dans l'espace public.

Je veux une poitrine. Cela est très réel. Mais cette poitrine est aussi produite par des fabricants d'implants.

Mesurée par un médecin. Inscrite sur un devis. Classée par les frontières du remboursement. Modelée par les vêtements. Amplifiée par les photographies. Lue socialement comme une partie de la crédibilité féminine. Utilisée par moi-même pour confirmer que le corps n'est enfin plus aussi vide.

Ainsi, ma poitrine n'est jamais seulement ma poitrine. Elle est un point de croisement : médecine, capital, genre, classe, image et sensation de soi s'y rencontrent.

À cet endroit, le régime pharmacopornographique analysé par Paul B. Preciado demeure particulièrement utile. Le corps n'existe pas d'abord naturellement, avant d'être ensuite influencé par les médicaments ou les images. Le corps moderne est lui-même produit par les médicaments, le capital, les technologies de genre, l'industrie visuelle et les dispositifs médicaux. Mon THS appartient à une politique pharmacologique ; mon augmentation mammaire appartient au capital chirurgical ; mes photographies appartiennent à une économie visuelle ; ma féminité appartient aussi au marché des corps. Ces dimensions ne sont pas séparées. Elles fabriquent ensemble la manière dont un corps de femme trans apparaît dans le monde contemporain.

Mais je ne veux pas non plus faire de ce chapitre une simple dénonciation du « capitalisme qui opprime les corps ». Ce serait trop facile, et trop vide. Car le capitalisme ne m'opprime pas seulement : il me fournit aussi des outils. Sans l'industrie pharmaceutique moderne, je n'aurais pas le gel d'estradiol que j'applique chaque jour. Sans les techniques médicales, il n'y aurait ni réduction de la pomme d'Adam, ni augmentation mammaire, ni laser, ni entraînement vocal, ni chirurgie de féminisation faciale. Sans les circulations globales, je ne pourrais peut-être pas

comparer les chemins médicaux entre la France, la Corée, la Thaïlande, la Chine et d'autres pays européens. Sans l'industrie des images, je ne pourrais peut-être pas imaginer à l'avance comment mon visage et mon corps peuvent changer.

Le capital n'est pas un ennemi placé à l'extérieur du corps. Il est déjà entré dans le corps, au point de devenir l'une des conditions de ma possibilité de vivre.

C'est cela qui rend le problème plus complexe : je ne peux pas simplement refuser ces systèmes, parce que j'en ai besoin ; mais je ne peux pas non plus les célébrer naïvement, parce qu'ils transforment la possibilité de vivre en prix.

Pourquoi un corps plus habitable doit-il apparaître sous la forme d'un devis ?

Ce problème n'appartient pas seulement aux femmes trans. Les femmes cisgenres affrontent elles aussi la capitalisation du corps : anti-âge, minceur, soins de peau, coiffure, dents, vêtements, sport, médecine esthétique, maquillage, image sur les réseaux sociaux. Dans la modernité, le corps féminin est depuis longtemps sommé d'accomplir un travail esthétique. La différence est que les femmes trans exposent plus vite, et plus directement, la violence de ce mécanisme. Pour beaucoup d'entre elles, la gestion du corps ne sert pas seulement à accroître l'attractivité ; elle sert aussi à réduire la probabilité d'être mal lue, humiliée, agressée, rejetée.

Une femme cisgenre qui ne se maquille pas peut être jugée peu soignée. Une femme trans qui n'est pas assez féminine peut se voir retirer les conditions minimales d'être traitée comme une femme.

Il ne s'agit pas d'organiser une compétition de souffrance entre femmes trans et femmes cisgenres. Au contraire, cela montre que le corps féminin est lui-même traversé par des niveaux de pression différents. Les femmes ne constituent pas une position homogène. Les femmes blanches, asiatiques, noires, migrantes, pauvres, handicapées, trans, travailleuses du sexe, bourgeoises, artistes, entrent toutes différemment sur le marché du « corps féminin ». Elles ne paient pas le même prix. Elles ne possèdent pas le même capital corporel.

Pour moi, en tant que femme trans asiatique, née en Chine, vivant en France et en transition, le capital corporel ne relève pas seulement de la « beauté féminine ». Il porte aussi des imaginaires racialisés. Mon visage est lu comme un visage asiatique ; ma féminité peut être placée dans un certain cadre de désir de la « femme orientale » ; mon raffinement peut être mal lu comme de la docilité ; ma douceur peut être consommée comme une forme d'exotisme ; mon corps trans peut lui aussi être inscrit dans un imaginaire de spécialisation, d'érotisation ou de secret.

Mais ces problèmes n'annulent pas mon désir. Ils m'obligent seulement à reconnaître que mon désir ne se forme pas dans le vide.

Je ne peux évidemment pas prétendre être extérieure à ce mécanisme. Je veux faire une augmentation mammaire, faire une blépharoplastie, rendre ma peau plus ferme, rapprocher mon visage de l'image féminine que je désire. Je sais que ces désirs n'ont pas été inventés par moi seule. Ils viennent du miroir, du cinéma, de TikTok, de Xiaohongshu, de la médecine esthétique coréenne, de l'imaginaire de l'élégance française, des normes de raffinement féminin en Asie de l'Est, de

l'anxiété autour de la lisibilité corporelle dans les communautés trans, de mon propre inconfort corporel ancien, mais aussi de ma sensibilité d'artiste à la forme.

Mais la question n'est pas de juger ces désirs comme vrais ou faux. Un désir façonné par le monde n'est pas pour autant un faux désir. Presque aucun désir corporel ne pousse naturellement depuis un intérieur pur. La question est plutôt : lorsque je cherche un corps plus habitable, dans quels marchés est-ce que j'entre en même temps ? Dans quelles normes ? Dans quelles dettes ? Dans quelles compétitions de classe ? Dans quelles politiques du genre ?

C'est peut-être l'aspect le plus difficile à penser du corps féminin néolibéral : il ne produit pas simplement de faux désirs. Plus souvent, il capture des désirs réels et les rend réalisables presque uniquement par la consommation, l'investissement, l'optimisation de soi et la responsabilité individuelle.

Je veux réellement ce corps. Mais je dois aussi payer pour ce corps. Je sens réellement que cette opération peut me rapprocher de moi-même. Mais elle transforme aussi ce rapprochement en une somme payable en plusieurs fois.

Parler de privilège dans un contexte trans est difficile, car les corps trans sont déjà exposés à de nombreux risques : humiliation, obstacles médicaux, ruptures familiales, discriminations au travail, violence, solitude, instabilité juridique. Mais reconnaître ces risques ne signifie pas nier les inégalités internes aux communautés trans. Certaines femmes trans disposent de privilèges de classe, de capital éducatif, de ressources urbaines, de capacités linguistiques, de ressources esthétiques, de chemins médicaux et d'une capacité de circulation internationale. D'autres affrontent la pauvreté, l'expulsion familiale, l'absence de papiers, la violence racialisée, le handicap, le chômage, l'impossibilité d'accéder à un THS stable, l'incapacité de payer une opération, et parfois la dépendance à des marchés souterrains de médicaments ou à des formes de travail à haut risque.

Dans *Normal Life*, Dean Spade critique une politique trans libérale qui se limite trop souvent à la reconnaissance juridique. Il nous invite à regarder plutôt comment la violence administrative, la pauvreté, l'incarcération, la santé, le logement et les systèmes d'aide sociale distribuent inégalement les chances de vivre. Cette pensée est essentielle pour mon mémoire. Car ma question ne devrait pas s'arrêter à : suis-je reconnue comme femme ? La question plus importante est : quels corps ont les conditions matérielles de cette reconnaissance ? Quels corps, même reconnus juridiquement, restent privés de soins, de logement, de travail, de médicaments et de sécurité ? Quels corps, faute de capitaux suffisants, sont maintenus aux marges de la lisibilité sociale ?

La différence de classe dans la transition ne signifie pas seulement que certaines personnes ont plus d'argent que d'autres. Elle signifie que les corps ne reçoivent pas tous du monde la même permission de changer.

Certaines peuvent transitionner avec élégance. D'autres doivent transitionner dans l'urgence. Certaines peuvent transformer la transition en projet esthétique. D'autres doivent en faire une stratégie de survie. Certaines peuvent attendre le meilleur médecin. D'autres doivent accepter la première personne qui accepte de prescrire. Certaines peuvent choisir une projection basse, une

forme ronde, le lieu de l'incision, le soutien-gorge postopératoire. D'autres ne peuvent même pas obtenir des œstrogènes de manière stable. Certaines peuvent s'inquiéter de la beauté d'une cicatrice. D'autres doivent se demander si le médicament est faux. Certaines peuvent écrire leur corps dans un mémoire.

D'autres ne peuvent même pas amener leur corps à l'hôpital en sécurité.

Il ne s'agit pas de diminuer mon expérience, mais de la situer avec précision. Je ne suis pas le corps le plus dépourvu de ressources. C'est justement parce que je dispose de certaines ressources que je dois comprendre comment elles fonctionnent. Je peux obtenir une ordonnance en France, prendre rendez-vous pour une opération, discuter d'un type d'implant, envisager la médecine esthétique coréenne, écrire un mémoire en français, transformer mon expérience corporelle en recherche artistique. Ces possibilités ne relèvent pas seulement d'une capacité personnelle ; elles sont produites par la classe, l'éducation, la trajectoire migratoire, le capital linguistique et une certaine position institutionnelle.

Je ne critique pas le système depuis l'extérieur. J'en fais partie. Il m'opprime, mais il me protège aussi. Je le consomme, mais il me consomme également. Je l'utilise pour me rapprocher de moi-même, et j'apprends en même temps comment il me tarifie.

Si le devis d'augmentation mammaire convient si bien comme point de départ de ce chapitre, c'est précisément parce qu'il n'a rien de dramatique. Ce n'est qu'un document, un prix, une modalité de paiement. Mais il ramène à la surface économique les mots que l'on romantise si souvent dans la transition : devenir soi-même, identité corporelle, féminisation, réalisation de soi.

Il me demande :

Quel corps veux-tu ? Jusqu'où peux-tu payer ? En combien de fois ? Qui peut te garantir ? Qui prendra soin de toi ? Quelles parties de ton corps peuvent être reconnues par l'assurance maladie, et lesquelles doivent entrer sur le marché ? À quel moment ta souffrance est-elle considérée comme médicalement nécessaire, et à quel moment devient-elle un désir esthétique ? À quel moment ta féminité relève-t-elle de la santé, et à quel moment de la consommation ? Qui fixe le prix de ton habitabilité ?

Ce qu'il y a de plus cruel ici, c'est que l'État et le marché ne sont pas simplement opposés. L'État reconnaît parfois mon corps, mais seulement en partie ; le marché exploite parfois mon anxiété, mais il offre aussi une vitesse que l'État ne peut pas ou ne veut pas toujours fournir. L'assurance maladie peut prendre en charge certaines transformations considérées comme « nécessaires », tout en laissant à la consommation privée d'autres modifications qui sont pourtant, pour moi, tout aussi importantes. Mon corps se trouve alors divisé en plusieurs catégories : certaines parties relèvent du médical, d'autres de l'esthétique ; certaines douleurs peuvent être remboursées, d'autres seulement consommées ; certains changements sont compris comme des soins, d'autres comme des choix personnels.

Mais pour moi, ces frontières ne sont jamais parfaitement claires.

Ma pomme d'Adam est-elle une question médicale ou esthétique ? Ma poitrine est-elle une question d'identité ou de désir ? Ma blépharoplastie est-elle une question d'esthétique est-asiatique, de féminité, ou une technique sociale de lisibilité corporelle ? Mes soins de peau sont-ils de la vanité, ou une préparation face aux images et à l'espace public ? Mes vêtements sont-ils des ornements, ou une langue permettant au corps d'être moins mal lu ? Mon maquillage est-il une performance, ou un dispositif de réduction du frottement ?

Ces questions n'ont pas de réponse propre. C'est précisément pour cela qu'elles doivent entrer dans ce mémoire. Car le corps trans force à voir que les frontières entre nécessité médicale et consommation esthétique, entre choix libre et pression sociale, entre expression de soi et production marchande, n'ont jamais été stables.

Le capital corporel n'est pas une théorie abstraite. Il se produit au moment où je me tiens devant le miroir, regardant ma poitrine, mon visage, mon cou, mes yeux, ma taille, mes épaules, et où je commence à calculer. Il apparaît lorsque je me demande s'il faut ou non faire une opération, et que se mêlent dans ma tête le résultat chirurgical, l'état de mon compte bancaire, la douleur postopératoire, les images de moi, l'assurance maladie française, les prix coréens, un futur casting, mon image d'artiste et la possibilité d'une vie féminine.

Mon corps ne transitionne pas librement. Il cherche une forme vivable dans un monde inégal.

Je ne veux pas transformer ce processus en tragédie. La tragédie est trop complète, trop facilement émouvante, trop confortable pour le lecteur qui peut ensuite s'en éloigner. Je ne veux pas non plus en faire un récit de réussite : une femme trans qui, par l'effort, la chirurgie et l'investissement esthétique, deviendrait enfin belle, confiante, désirable. Ce serait tout aussi propre. La réalité est plus complexe : je veux réellement devenir belle, et je sais réellement que la beauté est un dispositif ; j'utilise le capital, et je suis aussi utilisée par lui ; je gagne de la force par l'investissement corporel, et je contracte en même temps une dette continue envers l'entretien du corps.

La beauté m'ouvre des portes, mais elle me présente toujours la facture.

Cette facture n'est pas seulement monétaire. Elle comprend le temps, la douleur, la convalescence, l'anxiété, la comparaison, l'autosurveillance, le classement des corps sur les réseaux sociaux, la peur de l'âge, la peur de l'irréversibilité des transformations corporelles, la peur de ne plus pouvoir continuer à investir en soi.

En ce sens, le devis d'augmentation mammaire n'est pas un document de consommation, mais un document politique. Il n'enregistre pas seulement le prix d'une paire d'implants ; il montre comment un corps, pour devenir plus habitable, doit négocier avec l'État, le marché, la médecine, les normes de genre et la responsabilité corporelle néolibérale. Il arrache ma transition au langage de l'identité pour la replacer dans une structure plus large : qui peut modifier son corps, qui peut payer cette modification, quelles modifications sont reconnues, lesquelles sont marchandisées, quels corps sont considérés comme dignes d'investissement, quels corps doivent attendre.

Ce que je veux écrire, au fond, ce n'est pas : « j'ai acheté une poitrine ». Ce n'est pas non plus : « par la chirurgie, je deviens une femme plus complète ». Ce serait plutôt : devant un devis, mon corps a vu pour la première fois avec une telle netteté comment le monde le façonne.

Le monde n'entre pas en moi de manière abstraite. Il entre dans ma peau sous la forme de 0,75 mg d'estradiol, retarde mon temps sous la forme d'une rupture de stock, traduit mon système endocrinien en données sanguines, imagine mes yeux à travers des tarifs en coréen, divise ma souffrance à travers les frontières du remboursement français, transforme ma poitrine en plan de paiement futur.

Voilà la politique de classe de ma transition.

Elle n'est pas un supplément à la politique de l'identité. Elle est la condition même par laquelle le corps peut advenir.

Une molécule traverse le monde, traverse ma peau

Chaque matin et chaque soir, j'appuie sur la pompe.

Une petite quantité de gel transparent tombe dans ma paume, avec l'odeur de l'alcool qui s'évapore rapidement. Il n'a pas de couleur, presque pas de forme, aucun effet dramatique en dehors d'une fraîcheur légère sur la peau. Je l'étale, puis j'attends qu'il sèche. Quelques minutes plus tard, la peau redevient ordinaire : sèche, silencieuse, sans trace. Pas d'incision, pas de sang, pas de rite, aucun événement visible pour les autres. Et pourtant, c'est précisément dans ce moment presque invisible que quelque chose a déjà commencé.

Une molécule est en train de traverser la peau.

Ce geste paraît extrêmement intime, presque banal. Il a lieu dans la salle de bain, devant le miroir, après le réveil, avant de sortir, au moment où je ne suis pas encore complètement entrée dans la journée. Il ne ressemble pas à ces événements corporels déjà nommés, organisés, tarifés. Ce n'est qu'une pression répétée chaque jour, une couche humide et transparente, un temps d'attente avant le séchage. Mais cette quotidienneté dissimule justement sa complexité réelle : ce qui entre dans mon corps n'est pas une substance médicale isolée, mais une route du monde comprimée dans un gel.

L'Oestrodose 0,06 % que je tiens dans ma main est décrit dans les données pharmaceutiques comme un gel d'estradiol à usage cutané. Le Vidal indique que chaque pression délivre 1,25 g de gel, soit 0,75 mg d'estradiol ; la base publique française des médicaments classe également Oestrodose parmi les traitements hormonaux contenant de l'estradiol, administrés par voie cutanée. Ces chiffres semblent froids, presque dépourvus de littérature : 0,06 %, 0,75 mg, 1,25 g. Pourtant, ils constituent la plus petite grammaire de ma transformation corporelle. Le genre n'entre pas dans mon corps sous la forme d'une déclaration, mais sous celle d'un pourcentage, d'une concentration, d'une quantité délivrée par une pompe, d'une couche de gel qui sèche rapidement.

La peau n'est plus ici seulement la frontière du corps. Elle n'est pas un mur entre le soi et le monde, mais une interface ouverte par une technique pharmacologique. Le principe pharmacologique de l'administration transdermique consiste précisément à faire passer la substance active à travers la peau pour atteindre la circulation générale, en évitant l'absorption gastro-intestinale et le premier passage hépatique. Des études sur l'estradiol transdermique indiquent que ces formes permettent à l'estradiol d'entrer directement dans la circulation systémique par la peau ; la monographie canadienne d'EstroGel décrit également le 17 β -estradiol 0,06 % comme un gel hydroalcoolique destiné à permettre une absorption continue du principe actif. Ainsi, la peau cesse d'être une simple surface pour devenir un passage. Elle n'est plus seulement l'endroit que l'on regarde, que l'on touche, que l'on juge ; elle devient aussi la porte par laquelle une molécule entre dans le sang.

Mais cette porte ne mène pas seulement vers l'intérieur de mon corps. Elle ouvre aussi, en sens inverse, sur un monde beaucoup plus vaste.

Avant de traverser ma peau, l'estradiol a déjà traversé beaucoup d'autres choses : des plantes, des réactions chimiques, des normes industrielles, des équipements pharmaceutiques, des contrôles qualité, des notices, des prescriptions, des rayons de pharmacie. Il ne surgit pas naturellement de l'abstraction appelée « féminin ». Il n'est pas non plus directement produit par mon désir. Il appartient d'abord au monde, avant d'appartenir provisoirement à mon corps. Ma transition ne passe pas directement de mon intériorité à mon corps. Elle passe par le monde.

Si l'on continue à remonter l'origine de cette molécule, le miroir de la salle de bain s'éloigne très vite. L'estradiol appartient à la famille des hormones stéroïdiennes, et l'histoire moderne de l'industrie des hormones stéroïdiennes est étroitement liée aux précurseurs stéroïdiens d'origine végétale. Dans les années 1930 et 1940, la dégradation de Marker a rendu possible la synthèse de la progestérone et d'autres hormones stéroïdiennes à partir de précurseurs végétaux. L'American Chemical Society reconnaît ce procédé comme un jalon important de l'histoire de la chimie : Russell Marker a utilisé la diosgénine extraite de l'igname mexicaine pour développer une méthode de production de progestérone à bas coût, contribuant ainsi à la constitution de l'industrie mexicaine des hormones stéroïdiennes.

Cette histoire est importante non pas parce que je voudrais rattacher romantiquement le gel que j'utilise chaque jour à une plante précise. Ce serait trop facile, et pas assez honnête. Sans données publiques du laboratoire sur la chaîne d'approvisionnement de cette molécule, je ne peux pas affirmer de quelle plante, de quel pays ou de quelle usine de matière première provient l'estradiol contenu dans mon flacon d'Oestrodose. Il est plus juste de dire que les préparations modernes d'estradiol appartiennent à une généalogie plus large de l'industrie des médicaments stéroïdiens, une généalogie qui a longtemps dépendu de précurseurs stéroïdiens végétaux, de la semi-synthèse chimique, de la biotransformation microbienne et d'une production pharmaceutique mondialisée.

La plante n'est pas ici le symbole d'une nature pure. Elle n'est pas le contraire de l'industrie, mais l'un des premiers territoires occupés par celle-ci. L'igname mexicaine, la diosgénine, le laboratoire, l'entreprise, le brevet, le marché pharmaceutique : tous ces mots composent ensemble le commencement de l'industrie moderne des hormones stéroïdiennes. La plante est collectée, découpée, purifiée, transformée ; de la racine, du sapogénine, de l'intermédiaire chimique, elle passe progressivement vers l'usine pharmaceutique, la notice et le sang humain. Ce que l'on appelle « nature » n'est pas ici silencieux. Elle est déjà traduite par le commerce, la botanique coloniale, la technologie chimique et l'institution médicale.

Ainsi, lorsque l'on imagine les hormones utilisées dans une transition comme une intervention « contre nature », cette imagination est beaucoup trop pauvre. Le corps dit naturel n'a jamais été une entité fermée, pure, intacte, non touchée par la technique. Les hormones stéroïdiennes produites par le corps humain proviennent elles-mêmes du métabolisme du cholestérol ; le 17 β -estradiol synthétique utilisé dans les médicaments modernes est décrit, sur le plan chimique et biologique, comme identique à l'estradiol endogène humain. Mon corps n'a pas été soudainement « contaminé » un jour par une technique extérieure. Plus exactement, le corps a toujours été pris dans des

échanges continus avec la nourriture, les médicaments, les hormones, l'air, l'eau, la ville, les institutions, les images et le langage. L'estradiol ne fait que rendre cet échange plus explicite, et plus politique.

L'industrie primitive des hormones stéroïdiennes porte souvent une sorte de légende autour de l'« igraine sauvage » : découvrir un précurseur dans une plante, le transformer chimiquement en hormone, faire entrer la plante dans l'industrie pharmaceutique moderne. Mais le paysage de production actuel est beaucoup plus complexe. La fabrication contemporaine des médicaments stéroïdiens a développé un système plus large de matières premières. Les synthèses historiques de l'industrie stéroïdienne décrivent un passage de l'isolement en très petites quantités de produits naturels vers la semi-synthèse à partir de sapogénines, puis vers la synthèse totale, avant l'essor de procédés utilisant les phytostérols comme substrats pour des transformations microbiennes ou enzymatiques. D'autres études sur la production industrielle d'androstéroïdes soulignent que les phytostérols, en raison de leur coût relativement bas, sont devenus des substrats importants pour la production de dérivés stéroïdiens, pouvant entrer dans la chaîne industrielle des médicaments stéroïdiens par biotransformation microbienne.

Autrement dit, avant d'entrer dans ma peau, l'estradiol appartient déjà à une grammaire matérielle complexe : sous-produits de l'industrie des huiles végétales, sous-produits de l'industrie papetière, phytostérols, fermentation microbienne, transformations chimiques, purification, contrôle qualité, formulation pharmaceutique. Ce n'est pas une molécule qui viendrait directement de la nature vers le corps, mais une molécule transformée, traduite, domestiquée à plusieurs reprises par l'industrie. Elle ne porte pas la mémoire pastorale d'une plante. Elle porte une condensation de la modernité.

Pourtant, entre les phytostérols et cette petite quantité de gel dans ma paume, il n'existe pas de ligne claire, transparente, que je pourrais retracer intégralement. Le médicament moderne n'est pas fabriqué en un seul lieu. Il se compose généralement de plusieurs niveaux : matière première, principe actif, excipients, formulation, conditionnement, libération des lots, autorisation de mise sur le marché, distribution, pharmacie. Chaque niveau possède sa propre géographie. Le principe actif peut être produit dans un pays, la formulation réalisée dans un autre, le conditionnement et l'autorisation de mise sur le marché appartenir encore à un autre espace réglementaire. Ce que l'on appelle un médicament n'est pas un objet qui se déplace simplement d'un point A à un point B, mais un ensemble de divisions industrielles internationales, de normes réglementaires et de langages administratifs stabilisés sous la forme d'un flacon que l'on peut presser.

C'est cela que j'appelle une cartographie médicale.

Elle n'est pas faite des frontières nettes, des littoraux et des capitales que l'on voit sur les cartes traditionnelles. Elle est composée de lignes plus fines, plus difficiles à regarder : fournisseurs de matières premières, lieux de production des API, certification GMP, standards de la pharmacopée européenne, titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, numéro de lot, transport à température contrôlée ou ambiante, grossistes-répartiteurs, stock des pharmacies, pouvoir de prescription. Elle redessine le monde comme une carte où les médicaments peuvent passer et où les corps peuvent être ajustés. Si ma peau peut absorber chaque jour 0,75 mg d'estradiol, c'est parce qu'avant cela,

d'innombrables frontières invisibles ont déjà été franchies par des molécules, des dossiers, des licences, des rapports d'analyse et des contrats commerciaux.

Ce n'est pas une abstraction. Les recherches sur les chaînes d'approvisionnement pharmaceutiques européennes soulignent régulièrement la mondialisation de la production des principes actifs et une dépendance importante de l'Europe à l'égard de sites de production situés en Asie. L'étude de Pro Generika sur la carte mondiale des API indique qu'environ deux tiers des certificats CEP valides analysés étaient détenus par des producteurs asiatiques ; le Parlement européen a également relié l'externalisation de la production des principes actifs à la question de la sécurité d'approvisionnement en Europe. Ces données ne prouvent pas que l'estradiol de mon flacon d'Oestrodose provient de Chine ou d'Inde. Elles montrent plutôt la condition générale du médicament contemporain : sa disponibilité locale repose souvent sur une structure de production transnationale et distante.

Le fait que Besins Healthcare ait acquis ces dernières années un site de production à Drogenbos, en Belgique, destiné notamment à fabriquer des produits hormonaux comme Oestrogel, montre aussi que les hormones ne sont pas des substances chimiques détachées de l'espace. Elles sont façonnées par les lieux de fabrication, les capacités de production, la sécurité d'approvisionnement et les marchés régionaux. Des articles spécialisés indiquent que ce site est consacré à la production de produits hormonaux, dont Oestrogel, et relie cette acquisition à la volonté de limiter les problèmes d'approvisionnement en THS. L'enjeu ici n'est pas de savoir si le médicament est arrivé ou non à la pharmacie, mais de comprendre qu'avant de devenir mon quotidien corporel, un flacon de gel est déjà intégré à une géographie industrielle européenne de réorganisation de la production.

Lorsque je l'étales sur ma peau, il ne ressemble plus à une plante, ni à un laboratoire. Il est devenu un gel, placé dans un flacon-pompe, inscrit dans un dosage, administré par une notice. Quand la molécule entre dans l'usine pharmaceutique, elle doit devenir répétable, mesurable, distribuable, contrôlable. Elle doit passer de la possibilité chimique à l'exécutabilité médicale.

L'usine pharmaceutique ne produit pas des « femmes ». Elle produit une concentration, une forme galénique, une forme moléculaire réglemmentable ; et le genre, ici, apparaît comme un écart que je réapproprie à l'intérieur de logiques pharmaceutiques qui n'ont jamais été construites autour de moi.

Cette phrase paraît cruelle, mais elle est peut-être plus proche du réel que beaucoup de récits lyriques sur la transition. Mon corps n'est pas directement transformé par une féminité abstraite, mais lentement ajusté par une forme pharmaceutique que l'on peut presser, calculer, renouveler, prescrire. Les 0,75 mg ne savent pas qui je suis. Ils ne savent pas ce que je vois dans le miroir, ni comment je tire mes vêtements, comment j'attends le poids de ma poitrine, comment je calcule les changements des lignes de mon visage. Ils entrent simplement dans le sang, se lient à des récepteurs, modifient les réponses des tissus. Pourtant, c'est précisément cette précision impersonnelle qui leur permet de participer à une transformation profondément personnelle de la vie.

C'est cela, l'étrangeté de l'hormone. Elle ne s'intéresse pas à mon récit, mais elle modifie les conditions de mon récit. Elle n'est pas l'identité elle-même, mais elle modifie la manière dont l'identité peut être portée par le corps. Elle ne réglera pas à ma place le prénom, la voix, les papiers,

la classe sociale, le désir, le regard ou l'amour. Elle ne garantit même pas une vie plus sûre. Mais elle modifie le socle corporel : la texture de la peau, la répartition des graisses, l'attente dans la poitrine, les variations de l'humeur, la qualité du sommeil, l'orientation du désir, la vitesse à laquelle une image apparaît dans le miroir. Elle n'annonce rien ; elle pousse simplement le corps, jour après jour, légèrement hors de sa trajectoire ancienne.

Dans Testo Junkie, Paul B. Preciado écrit la testostérone comme une technologie pharmacopolitique, et non comme une simple substance médicale. L'hormone traverse chez lui le corps, le capital, le genre, la technologie, le désir et les médias, devenant l'un des opérateurs de la production du sujet moderne. Pour moi, l'estradiol ne peut pas non plus être compris comme une simple substance qui « m'aide à me féminiser ». C'est une micro- infrastructure, une industrie mondiale rendue temporairement absorbable par ma peau. Il apparaît sous la forme d'un gel, mais derrière lui se tiennent des plantes, de la chimie, des usines, des standards de dosage, des prescriptions, des sites de production, des autorisations de mise sur le marché et un langage médical. Avant d'entrer dans le corps, il est déjà entré dans la politique.

Cela ne signifie pas que je voudrais faire de l'estradiol une machine conspirationnelle. Ce serait trop simple. L'industrie pharmaceutique n'est pas un ennemi placé simplement à l'extérieur du corps. Sans la pharmacie moderne, je ne pourrais pas appuyer chaque jour sur cette pompe. Sans usines, contrôles qualité, synthèse chimique, standards internationaux et institutions médicales, je ne pourrais pas modifier mon corps de cette manière relativement stable, peu douloureuse, durable. Le capital, la technique et la médecine ne font pas que m'opprimer ; ils me donnent aussi des outils de survie. Le problème est précisément que je ne peux pas les refuser simplement, parce que j'en ai besoin ; mais je ne peux pas non plus les célébrer naïvement, parce qu'ils transforment l'habitabilité de la vie en dosage, en numéro de lot, en prix, en ordonnance et en régulation.

Le gel devient ainsi une technologie corporelle très contemporaine. Il ne coupe pas le corps comme une chirurgie, il ne laisse pas de sensation d'intrusion comme une injection. C'est une action de surface qui agit à l'intérieur. Il ne produit presque aucune douleur, aucun basculement spectaculaire. Il exige seulement une répétition quotidienne : presser, étaler, attendre, ne pas toucher immédiatement quelqu'un, laisser la peau sécher, laisser la molécule entrer. Les documents officiels d'EstroGel mentionnent aussi, parmi les ingrédients inactifs, l'eau purifiée, l'alcool, la triéthanolamine et le carbomère 974P ; autrement dit, ce que j'applique sur ma peau n'est pas seulement de l'estradiol, mais un environnement chimique conçu pour stabiliser la molécule, la déployer, la maintenir à la surface et lui permettre de traverser la peau.

Ce détail me paraît extrêmement juste : pendant que mon corps absorbe l'hormone, il devient aussi provisoirement une surface gouvernée par des excipients, un solvant, une vitesse d'évaporation et un temps de contact. La peau n'est pas une limite. La peau est une circulation.

Cela rend l'intimité de la transition plus complexe. Je croyais simplement traiter mon corps dans la salle de bain. En réalité, pendant cette heure-là, ma peau porte un ordre moléculaire invisible. Elle ne peut pas immédiatement embrasser, ne peut pas frotter librement, ne peut pas se donner aussitôt à un autre corps. Le monde entre en moi par le médicament, et je dois aussi réapprendre le temps de

mon contact avec le monde. La surface du corps est réorganisée par une éthique moléculaire invisible.

Je ne veux pas dire que l'estradiol me « fait devenir femme ». Cette phrase va trop vite, comme une conclusion déjà préparée. L'estradiol ne produit pas un sujet féminin complet. Il ouvre seulement une possibilité dans le corps, redistribue certains tissus, rend certaines sensations plus accessibles, commence à desserrer un espace corporel qui était jusque-là difficile à habiter. Il n'est pas une réponse, mais une condition. Pas un terme, mais un médium. Il ne prouve pas qui je suis ; il modifie la manière dont je peux être portée par mon propre corps.

C'est précisément pour cela que l'estradiol ne peut pas être écrit seulement comme une substance médicale. Il est une substance géographique. Il met mon corps en relation avec l'igname mexicaine, les phytostérols, la production chimique, les standards pharmaceutiques, un site de fabrication en Belgique, la régulation européenne du médicament, la base française des médicaments, le langage de l'ordonnance, l'absorption cutanée et les valeurs sanguines. Il remplace une transition apparemment intime dans une circulation matérielle du monde. Mon corps ne change pas hors du monde ; il change par le monde.

Si je devais dessiner une carte de cette molécule, elle ne devrait pas seulement indiquer des pays, des villes, des routes maritimes ou des adresses d'usines. Ce serait trop proche de la logistique, trop proche d'un monde déjà compris par l'administration. La carte qui lui appartiendrait vraiment devrait inscrire d'autres éléments : diosgénine, phytostérols, API, GMP, 17 β -estradiol, 0,06 %, pompe, numéro de lot, peau, évaporation de l'alcool, sang, miroir, graisse, poitrine, ordonnance, attente, regard social. Ce ne serait pas une carte géographique au sens traditionnel, mais une carte corporelle du monde. Elle ne décrirait pas comment une marchandise arrive jusqu'à moi, mais comment le monde entre en moi à l'échelle moléculaire.

La pensée de Doreen Massey sur l'espace devient ici concrète : l'espace n'est pas un contenant immobile, mais la simultanéité de trajectoires multiples. Mon corps n'est pas non plus un lieu fermé ; il est un point de croisement entre plusieurs trajectoires. La Chine et la France, la plante et l'usine, l'ordonnance et le désir, la norme pharmaceutique et la sensation de la peau, le langage médical et l'image dans le miroir s'y rencontrent. L'estradiol rend cette rencontre très petite, et très précise. La mondialisation n'est plus seulement un mot immense appartenant aux ports, au commerce et aux marchés du capital. Elle devient une couche de gel transparent, déposée sur l'intérieur de mes cuisses et sur la peau de mes bras.

Lorsque le gel sèche, il ne reste rien à la surface de la peau, comme lorsque les larmes sèchent.

C'est peut-être là ce qu'il y a de plus cruel, et de plus beau. Tous les systèmes lointains disparaissent. La plante disparaît, la réaction chimique disparaît, l'usine disparaît, le standard de qualité disparaît, la notice disparaît, l'ordonnance disparaît, le lieu de fabrication disparaît, la chaîne d'approvisionnement de l'API disparaît aussi. Tout cela se comprime en une trace humide et incolore, puis se retire de la surface. Mais rien n'a réellement disparu. Tout cela est simplement entré dans le sang.

J'ai longtemps cru que la transition était une affaire entre mon corps et moi. J'ai compris peu à peu qu'elle était aussi une affaire entre le monde et moi. Mon corps n'est pas un contenant attendant l'arrivée d'un vrai soi. Il est un lieu continuellement traversé. Des molécules, des langues, des lois, des prix, des plantes, des usines, des regards, des standards, des numéros de lot et des mémoires y laissent leurs traces. Ce que j'appelle rendre le corps habitable ne signifie pas que le corps reviendrait enfin à un intérieur pur. Au contraire, cela signifie que le corps reconnaît enfin qu'il a toujours été relié à l'extérieur.

Une molécule d'estradiol traverse le monde avant de traverser ma peau.

Et c'est dans cette traversée que mon corps commence, peu à peu, à redevenir un lieu où il est possible d'habiter.

Bibliographie

OUVRAGES THÉORIQUES

- AHMED, Sara. *Queer Phenomenology: Orientations, Objects, Others*. Durham : Duke University Press, 2006.
- BOUMEDIENE, Samir. *La colonisation du savoir : une histoire des plantes médicinales du « Nouveau Monde »*. Vaulx-en-Velin : Éditions des mondes à faire, 2016.
- BOURDIEU, Pierre. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Éditions de Minuit, 1979.
- BUTLER, Judith. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York : Routledge, 1990.
- BUTLER, Judith. *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of “Sex”*. New York : Routledge, 1993.
- BUTLER, Judith. *Undoing Gender*. New York : Routledge, 2004.
- CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France, 1966.
- DEBORD, Guy. *Théorie de la dérive*. In : *Les Lèvres nues*, n° 9, Bruxelles, 1956.
- FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976.
- FOUCAULT, Michel. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 1975.
- GARLAND-THOMSON, Rosemarie. *Staring: How We Look*. Oxford : Oxford University Press, 2009.
- HARAWAY, Donna J. *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. New York : Routledge, 1991.
- HARAWAY, Donna J. “Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective”. *Feminist Studies*, vol. 14, n° 3, 1988, p. 575-599.
- MASSEY, Doreen. *For Space*. London : SAGE Publications, 2005.
- PRECIADO, Paul B. *Testo Junkie : sexe, drogue et biopolitique*. Paris : Grasset, 2008.
- PRECIADO, Paul B. *Testo Junkie: Sex, Drugs, and Biopolitics in the Pharmacopornographic Era*. Traduit par Bruce Benderson. New York : The Feminist Press, 2013.
- SPADE, Dean. *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*. Durham : Duke University Press, 2011.

SOURCES MÉDICALES, PHARMACEUTIQUES ET INSTITUTIONNELLES

- ANSM — Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. « Disponibilités des produits de santé : médicaments ». Consulté le 26 mai 2026.
Disponible en ligne : <https://ansm.sante.fr/disponibilites-des-produits-de-sante/medicaments>
- ANSM — Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. « Résumé des caractéristiques du produit : OESTRODOSE 0,06 %, gel pour application cutanée en flacon avec pompe doseuse ». Consulté le 26 mai 2026.
Disponible en ligne : <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0442578.htm>

BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS. « OESTRODOSE 0,06 POUR CENT, gel pour application cutanée en flacon avec pompe doseuse ». Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/63071975/extrait>

DREES — Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Tensions et ruptures de stock de médicaments déclarées par les industriels : quelle ampleur, quelles conséquences sur les volumes de vente ? ». Études et Résultats, n° 1335, mars 2025. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-03/ER%201335%20Rupture%20de%20stock%20de%20m%C3%A9dicaments_Embargo.pdf

VIDAL. « OESTRODOSE 0,06 %, gel pour application cutanée en flacon avec pompe doseuse ». Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne :

<https://www.vidal.fr/medicaments/oestrodose-0-06-gel-p-appl-cut-en-flacon-avec-pompe-doseuse-12144.html>

VIDAL. « Estradiol : substance active à effet thérapeutique ». Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/estradiol-1389.html>

CHAÎNES D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUES ET INDUSTRIE DES HORMONES

AMERICAN CHEMICAL SOCIETY. « The “Marker Degradation” and Creation of the Mexican Steroid Hormone Industry, 1938–1945 ». National Historic Chemical Landmarks. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.acs.org/education/whatischemistry/landmarks/progesteronesynthesis.html>

AMERICAN CHEMICAL SOCIETY. The “Marker Degradation” and Creation of the Mexican Steroid Hormone Industry by Russell Marker. Commemorative booklet, 1999. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.acs.org/content/dam/acsorg/education/whatischemistry/landmarks/progesteronesynthesis/marker-degradation-creation-of-the-mexican-steroid-industry-by-russell-marker-commemorative-booklet.pdf>

BESINS HEALTHCARE. « Drogenbos Production Site ». Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.besins-healthcare.com/commitment/production-manufacturing/drogenbos>

MANUFACTURING CHEMIST. « Besins acquires site in Belgium to prevent HRT supply line issues ». 30 juin 2022. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne :

<https://manufacturingchemist.com/besins-acquires-site-in-belgium-to-prevent-hrt-supply-line-issues-201902>

PRO GENERIKA. Where do our active pharmaceutical ingredients come from? A world map of API production. Study conducted by MundiCare Life Science Strategies, 2020. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : https://www.progenerika.de/wp-content/uploads/2025/05/API-Study_long-version_EN.pdf

EUROPEAN PARLIAMENT. Potential measures to facilitate the production of active pharmaceutical ingredients (APIs) in the EU. Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, 2023. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne :

https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2023/740070/IPOL_STU%282023%29740070_EN.pdf

TRANSITION DE GENRE, ACCÈS AUX SOINS ET CONTEXTES TRANS EN CHINE

AMNESTY INTERNATIONAL. “I need my parents’ consent to be myself”: Barriers to gender-affirming treatments for transgender people in China. 2019. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/05/ASA1702692019ENGLISH.pdf>

AMNESTY INTERNATIONAL. « China: Transgender people risk their lives with dangerous self-surgery ». 10 mai 2019. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne :

<https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2019/05/china-transgender-dangerous-self-surgery/>

SIXTH TONE. YANG, Caini. « China's Plan to Ban Online Sale of Hormone Drugs Worries Trans Women ». 8 novembre 2022. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.sixthtone.com/news/1011606/china%E2%80%99s-plan-to-ban-online-sale-of-hormone-drugs-worries-trans-women>

SIXTH TONE. « The Transgender Chinese Struggling to Access Health Care ». 25 avril 2023. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.sixthtone.com/news/1012682>

TIME. DE GUZMAN, Chad. « How a New Drug Law, Old Attitudes, and Persistent Health Care System Shortcomings Threaten China's Transgender Community ». 21 mars 2023. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://time.com/6261675/china-transgender-hormones-black-market/>

APTIN — Asia Pacific Transgender Network. Barriers to Gender-Affirming Treatments for Transgender People in China. 2019. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.weareaptn.org/resource/barriers-to-gender-affirming-treatments-for-transgender-people-in-china-english/>

CHIRURGIE DE FÉMINISATION, PASSING, IMAGE CORPORELLE ET NORMES DE BEAUTÉ

AINSWORTH, Tiffany A. ; SPIEGEL, Jeffrey H. « Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery ». *Quality of Life Research*, vol. 19, n° 7, 2010, p. 1019-1024.

DOI : <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7>

CHEN, Kevin ; et al. « Facial Recognition Neural Networks Confirm Success of Facial Feminization Surgery ». *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 145, n° 1, 2020, p. 203-209. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31592946/>

JAVIER, Chloe ; et al. « Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review ». *International Journal of Transgender Health*, 2022. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9255096/>

MONTEIRO, Delmira ; POULAKIS, Mixalis. « Effects of Cisnormative Beauty Standards on Transgender Women's Perceptions and Expressions of Beauty ». *Midwest Social Sciences Journal*, vol. 22, n° 1, 2019. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://scholar.valpo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=mssj>

ROSALLES, Orlando ; et al. « Facial feminization procedures and its impact on quality of life ». *JPRAS Open*, 2023. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S277263202300017X>

WEHRMANN, Wiebke ; et al. « Media pressure and body satisfaction in transgender and gender-diverse people: The role of body ideal internalization and appearance comparison ». *International Journal of Transgender Health*, 2025.

SOURCES JOURNALISTIQUES ET CONTEMPORAINES

LE MONDE. « Rupture de stock de médicaments : la situation s’améliore mais reste préoccupante ». 27 mars 2025. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/03/27/rupture-de-stock-de-medicaments-la-situation-s-ameliore-mais-reste-preoccupante_6586700_3224.html

LE MONDE. « Pénuries de médicaments : 8 millions d’euros d’amendes pour 11 laboratoires pharmaceutiques ». 24 septembre 2024. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : https://www.lemonde.fr/economie/article/2024/09/24/penuries-de-medicaments-8-millions-d-euros-d-amendes-pour-11-laboratoires-pharmaceutiques_6331133_3234.html

REUTERS. « EU announces plans to cut reliance on Asia for antibiotics, other critical drugs ». 11 mars 2025.

Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/eu-announces-plans-cut-reliance-asia-antibiotics-other-critical-drugs-2025-03-11/>

THE GUARDIAN. McVEIGH, Karen. « China “failing trans people” as young attempt surgery on themselves — study ». 10 mai 2019. Consulté le 26 mai 2026.

Disponible en ligne : <https://www.theguardian.com/global-development/2019/may/10/china-failing-trans-people-as-young-attempt-surgery-on-themselves-study>