

**TRANSSEXUALISME,
CHIRURGIE ET IMPACT SOCIO-CULTUREL**

**Texte adapté du Mémoire Bibliographique
(UE Anthropologie, Ethnologie et Sociologie de la Santé)
soutenu à l'Université Claude Bernard, Lyon 1
Département de Biologie Humaine
le 20 septembre 2012**

Par

Noémie AMOUYAL et David BENZAQUEN

Proposition d'illustration mais je vous en laisse, Noémie et toi le choix.

Quelque soit l'illustration retenue me la faire parvenir en jpg car il ne m'est pas possible (techniquement) de la copier à partir de votre PDF.

*Transsexualisme,
chirurgie
et impact socio-culturel*

Remerciements

Nous remercions le professeur Perrot qui nous a donné l'autorisation de faire ce travail en binôme.

Nous adressons également des remerciements à nos maitres de mémoire le professeur Bollon Mourrier et le Dr Laffay.

Nous témoignons particulièrement notre gratitude envers le Dr Morel-Journal, qui fait partie des six praticiens français capable de pratiquer la chirurgie de réassignation. Il nous a ouvert les portes de son bloc et à toujours été présent pour répondre à nos questions

HÔPITAL HENRY GABRIELLE
20 route de Vourles
69230 SAINT GENIS LAVAL



Hôpital de Lyon

UNITE D'UROLOGIE
Pr A. LERICHE

Secrétariat
Tél. 04 78 86 50 84
Fax 04 78 86 50 92

Secrétariat Assistant
Tél. 04 78 86 51 92
Tél. 04 78 86 50 85
Fax 04 78 86 51 89

Hospitalisation
Tél. 04 78 86 50 88
Tél. 04 78 86 51 44

Lettre de recommandation

Je recommande la lecture de ce mémoire qui présente clairement le sujet et développe explicitement les différentes étapes de soin.
L'étudiant a su montrer un vif intérêt à la réalisation de ce mémoire qui a été enrichi de nouvelles photos prises au bloc opératoire par l'étudiant lors d'une vaginoplastie, après accord du patient.

Lyon le 31 Aout 20 12

Docteur Nicolas MOREL-JOURNEL
Praticien Hospitalier

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD
CENTRE HOSPITALIER LYON SUD
69495 PIERRE BENITE CEDEX
Service d'Urologie
Docteur Nicolas MOREL JOURNEL
Praticien Hospitalier

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
1. DE LA DIVERSIFICATION DE LA NOTION DE SEXE AU TRANSSEXUALISME.....	5
1.1 Comment définir le sexe d'une personne ? Du sexe biologique à l'identité sexuée.....	6
1.2 De la construction du sexe à la construction du genre.....	10
1.3 Le transsexualisme : Historique, Approche anthropologique et définitions.....	20
2. ASPECT MEDICAL DU TRANSSEXUALISME : LES ETAPES DU PARCOURS DE SOIN.....	28
2.1 Etablissement d'un diagnostic.....	29
2.2 Expérience en vie réelle.....	35
2.3 Hormonothérapie.....	35
2.4 La chirurgie de réassignation.....	47
2.5 Le changement d'état civil.....	57
2.6 Le suivi psychologique.....	59
3. LE TRANSSEXUALISME FACE A LA SOCIETE.....	64
3.1 La perception du transsexualisme par la société française.....	64
3.2 Le ressenti du transsexuel face au regard que la société porte sur lui.....	70
ICONOGRAPHIE.....	72
CONCLUSION.....	74
ANNEXES.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	78
TABLE DES MATIERES.....	83

INTRODUCTION

Les progrès continus de la médecine permettent, aux individus le souhaitant, de changer de sexe. La médiatisation de témoignages de patients ayant été opérés ne doivent pas pour autant donner l'apparence d'un phénomène de société et de mode.

Le terme de transsexualisme comprend le préfixe « *trans* » qui mentionne un réel passage vers l'autre sexe. Ce passage se fait de façon progressive afin qu'il puisse être réversible jusqu'à l'opération de changement de sexe si le patient le souhaite.

Le transsexualisme ou la transidentité est le fait pour une personne de se sentir comme ayant une identité sexuelle opposée à son sexe physique de naissance. C'est un état constitutif résultant d'une synergie de l'inné et de l'acquis.

Le terme « transsexualisme » est souvent préféré à celui de « transsexualité ». Le terme de transsexualité possède une connotation sexuelle très forte. Or, le transsexualisme n'a aucune incidence sur l'orientation sexuelle d'un être humain. Certaines sociétés parlent également de « troisième sexe » et excluent par ce terme la simple dichotomie sexuelle. Nos sociétés occidentales reposent sur l'existence de deux sexes (homme ou femme) et seulement deux.

Le transsexualisme est classé dans la section « Troubles sexuels et de l'identité sexuelle » selon la nosographie actuellement en vigueur (DSM IV et CIM 10). Encore présent dans la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, le terme de transsexualisme est remplacé par « trouble de l'identité sexuelle » dans la quatrième édition.

Ainsi, d'une maladie mentale, nous sommes parvenus à décrire le « troisième sexe » comme étant un trouble de l'identité mais plus comme étant une maladie mentale. Ces termes peuvent porter à confusion et être amalgamés à un trouble de la sexualité, image véhiculée d'ailleurs par l'anecdotique surmédiatisation de la transidentité.

Ces sujets ont la conviction inébranlable d'appartenir à l'autre sexe et ne présentent aucune anomalie chromosomique, hormonale ou biologique. Le patient peut être imprégné d'un genre, masculin ou féminin, en désaccord avec son sexe biologique. L'individu a le sentiment très fort que la Nature lui a attribué le mauvais sexe, son corps n'est pas en adéquation avec son psychisme et il demande que rectification soit faite.

Cette rectification suit un protocole médical relativement strict : d'abord une hormonothérapie et ensuite la chirurgie. La prise en charge du patient transsexuel est multidisciplinaire : chirurgiens, psychiatres, endocrinologues et juristes travaillent de pair pour le bien être de leur patient.

Bien que connu du grand public sous un aspect provoquant, le transsexualisme reste encore quelque peu ignoré par les médecins. En effet, la prévalence assez rare des patients fait qu'il existe peu d'équipes médicales capables de réaliser les opérations chirurgicales de réassignation sexuelle en France.

A travers l'acceptation de la notion de transsexualisme, c'est toute la plasticité de la pensée d'une société qui est mise en question. La possibilité de changer de sexe et la possibilité de changer d'état civil questionnent sur les fondements de la société au niveau religieux (la pensée judéo-chrétienne n'évoque pas ce cas), mythique, médicale et judiciaire. Sommes-nous prêts à modifier l'une des notions faisant partie intégrante de notre identité ?

Nous nous proposons d'étudier le transsexualisme en binôme afin d'aborder les aspects très distincts mais essentiels de ce syndrome. L'un de nous discutera de la notion de sexe et de la définition du transsexualisme, l'autre abordera étudiera le transsexualisme au niveau médical. Nous pourrons ainsi avoir un regard croisé pour la troisième partie qui aura vocation d'étudier la perception du transsexualisme et la ressenti des sujets dans la société française. Nous pourrons ainsi avoir un regard commun et critique pour être le plus objectif possible.

PARTIE 1 :

De la diversification de la notion de sexe au
transsexualisme

1.1. Comment définir le sexe d'une personne ? Du sexe biologique à l'identité sexuée

La création de l'identité sexuelle est un processus complexe qui débute à la conception et implique le développement du fœtus dans l'utérus mais inclut aussi les expériences de la vie d'un être humain.

L'identité sexuelle d'une personne se réfère au genre (masculin ou féminin) par lequel la personne est socialement reconnue selon des indicateurs sociaux de genre à l'instar des vêtements, de la coiffure, de la voix etc. Ces attributs physiques peuvent ou non coïncider avec le genre attribué.

Il existe autant de nuances d'identité sexuelle et de genre qu'il existe d'humains sur terre, ainsi le lien entre identité sexuelle et le genre social peut être flou.

Le sexe d'une personne s'articule autour de trois notions fondamentales : le sexe biologique, le sexe social et le sexe cérébral.

1.1.1. Le sexe biologique :

La théorie occidentale accorde le primat au sexe biologique, celui défini par les collectifs de scientifiques, car il correspond à la première information que l'on a sur un individu. Il s'agit d'une identité conférée dès la naissance, voire même avant grâce à l'échographie. La détermination précoce du sexe à l'échographie est possible dans 97 % des cas à la treizième semaine de grossesse et se fait grâce à l'orientation du tubercule génital de l'embryon sur une coupe sagittale stricte. Cette formation embryonnaire constitue l'origine commune des organes génitaux externes et internes. L'embryon est considéré comme appartenant au sexe masculin si l'angle est supérieur à 30 degrés et au sexe féminin si cet angle est inférieur à 10 degrés. Dès lors, quelques objections sont possibles : comment donner un sexe aux embryons dont l'angle du tubercule génital se situe entre 10 et 30 degrés ?



Figure 1 : Tubercule génital chez un fœtus de 14 semaines (ici une fille) (internet)

1.1.1.1. Du sexe chromosomique au sexe anatomique :

Au début de la vie embryonnaire, l'appareil reproducteur est indifférencié. Une information génétique portée par le chromosome Y permet, à la 7^{ème} semaine de grossesse, d'induire la différenciation des gonades en testicules. Sans cette information, les gonades indifférenciées évoluent en ovaires à la 9^{ème} semaine.

Ainsi, c'est le gène SRY porté par le chromosome Y qui donne l'information génétique pour avoir un appareil reproducteur masculin, ce qui attise de nombreux débats quand à la passivité attribuée au développement des organes génitaux féminins, alors que le chromosome Y serait actif. Cette théorie permet de montrer que la science ne participe pas toujours de façon neutre à la fabrication du féminin et du masculin.

Nous pouvons alors affirmer qu'avant même l'existence du psychisme chez l'être humain un phénomène totalement aléatoire, indépendant de notre volonté, nous confère des propriétés et des potentiels qui fondent et influencent notre identité sexuelle.

Pour l'être humain la reproduction est sexuée : un individu de sexe masculin produit à partir de l'âge de 14 ans des spermatozoïdes issus d'un brassage inter et intra chromosomique sur la base de son patrimoine génétique. Ainsi une multitude de gamètes génétiquement uniques sont produits. Lors de la fécondation le spermatozoïde va interagir avec son homologue féminin, l'ovocyte. Cet enchaînement de phénomène non métrisable amène à l'existence d'un individu déjà singulier dans son essence même.

Le génotype de la femme est XX, celui de l'homme XY ; donc la femme peut donner exclusivement le gonosome X, c'est l'homme qui détermine le sexe génétique.

♀ \ ♂	X	Y
X	XX	XY
X	XX	XY
	50% de filles	50% de garçons

Tableau de fécondation

Figure 2: Tableau de fécondation (d'après le Manuel de SVT Hatier)

A partir de ce sexe génétique, les gonosomes (gènes des chromosomes sexuels) vont initier la morphogenèse du sexe anatomique. Cela se déroule à la 7^{ème} semaine du développement embryonnaire.

Il est important de savoir que des mutations, des translocations peuvent sortir du cadre habituel : pour exemple, le phénotype masculin est principalement dû au gène SRY qui par translocation peut donner des hommes XX ou des femmes XY si le gène SRY est absent du Y.

En l'absence du gène SRY, la gonade indifférenciée devient un ovaire qui ne produit pas d'hormone. Ainsi, dès le début du développement embryonnaire, le sexe génétique induit un sexe anatomique (ovaires, testicules). Ce dernier va à son tour fabriquer des hormones circulant très tôt dans le sang fœtal. Ces hormones vont provoquer la « sexualisation du cerveau ».

1.1.1.2 : Du sexe anatomique à l'imprégnation hormonale :

Sur le plan strictement anatomo-physiologique, le cerveau d'un individu de sexe masculin est différent de celui d'une personne féminine dans le sens où la reproduction sexuée implique des comportements et des systèmes de régulation hormonal cérébraux totalement différents.

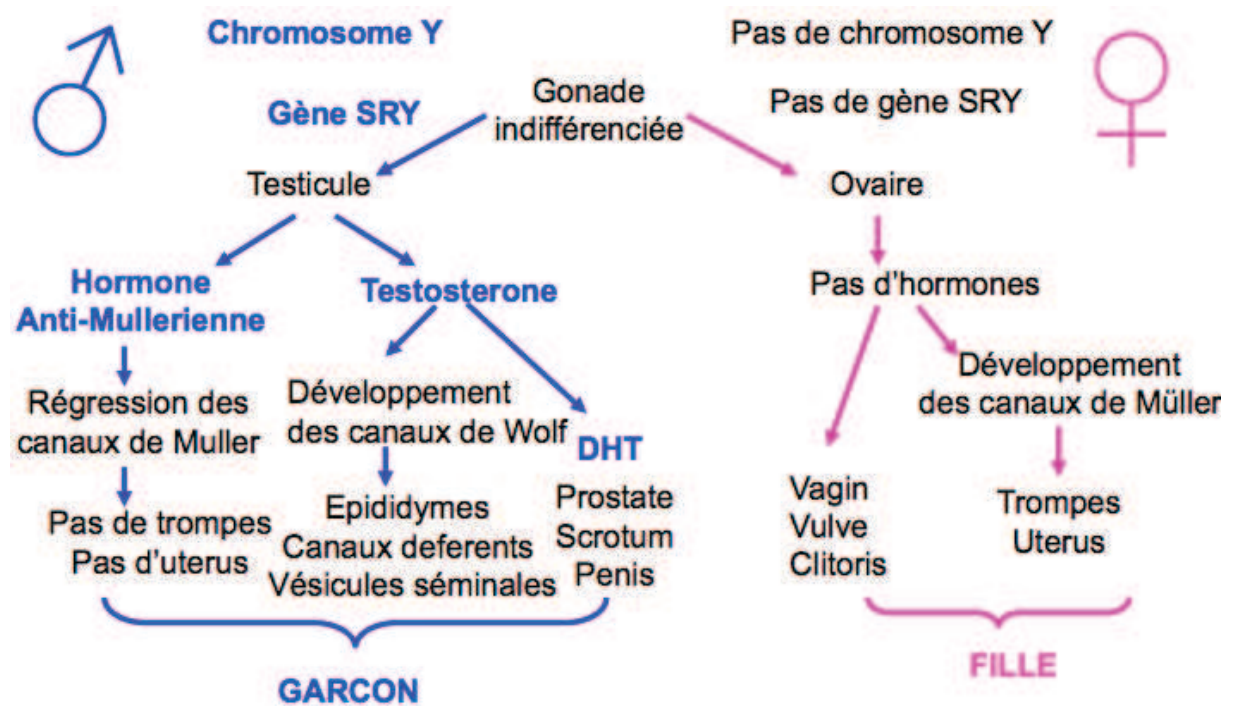


Figure 3: Du sexe génétique au sexe phénotypique (d'après l'académie de Dijon) (internet)

Toute la régulation hormonale est liée à une région anatomique du cerveau qui est l'hypothalamus. Ne sécrétant pas les mêmes messagers chimiques dans les deux sexes, la structure du cerveau est différente.

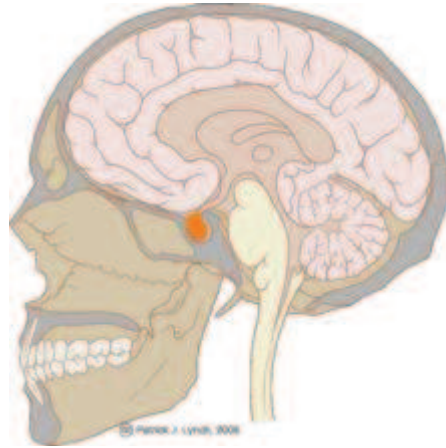


Figure 4: Localisation de l'hypothalamus dans le cerveau humain (d'après Lynch)

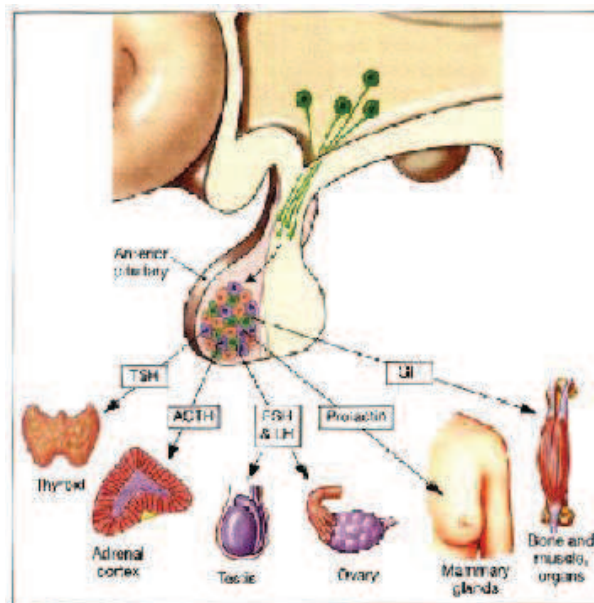


Figure 5: Rôle de l'hypothalamus (internet)

De plus, dès les 3 premiers mois de la vie dans les 2 sexes, on voit apparaître une activation hypothalamo-hypophysaire néo-natale. Dans l'espèce humaine les études sont encore contradictoires et controversées concernant l'utilité de cette activation mais sur le rat, si on modifie le pic néo-natal de testostérone, on modifie certains comportements chez l'adulte. Un rat mâle où l'effet de l'hormone est bloqué a une attitude de lordose comme la femelle et non de monte.

Au XIX^{ème} siècle, le corps médical opta pour une règle simple : l'ultime arbitrage pour déterminer le sexe fut la présence des glandes sexuelles (ovaires ou testicules). Un individu qui serait doté de testicules serait toujours un homme et celui doté d'ovaires serait nécessairement une femme (internet 1).

Toutefois, cette vision s'est compliquée par la suite, les chercheurs mirent en évidence plusieurs niveaux de détermination du sexe du biologique : anatomique, chromosomique, hormonal et morphologique. Les caractères anatomiques correspondent à l'aspect des appareils et organes reproducteurs ; ceux chromosomiques sont déterminés par la présence ou l'absence du chromosome Y ; les caractères physiologiques sont les hormones sexuelles différents selon le sexe ; ceux morphologiques, encore dits secondaires car ils apparaissent à la puberté, correspondent à des différences physiques selon le sexe comme la pilosité, les seins, la carrure, la voix.

La plupart des êtres humains sont considérés comme des cisgenres, ce qui signifie que l'identité sexuelle et le sexe biologique sont en adéquation. C'est par exemple le cas d'un enfant avec un organe sexuel masculin, élevé en tant que garçon et se sentant homme. 1% des personnes sont considérées comme intersexuées, leur identité sexuelle et/ou leur organe reproducteur et leurs chromosomes diffèrent des définitions traditionnelles. On peut également avoir une formule XX et des organes génitaux masculins ou une formule XY et un corps de femme.

La détermination du sexe est plurielle, les différents niveaux de définition du sexe biologique (génétique, anatomique et hormonal) peuvent entrer en contradiction.

Néanmoins, l'état civil ne reconnaît que deux sexes : homme ou femme, mais le sexe biologique, comme tous les traits biologiques complexes n'obéit pas à un dichotome rigide. La publication de la Commission Européenne, 100 mots pour l'égalité (1998), définit le sexe comme ce qui renverrait aux caractères « strictement biologiques qui distinguent homme et femme ». Cela correspond aux théories occidentales largement influencées par les religions monothéistes.

1.1.2 : Le sexe social :

Selon le Docteur Harry Benjamin, « le sexe est ce que l'on voit, le genre c'est que l'on ressent ».

A la fin du XIX^{ème} siècle, les médecins sont convaincus que le sexe d'un individu est toujours celui des gonades. La norme en vigueur est que le sexe biologique et le sexe social doivent concorder. Désormais les gonades, testicules et ovaires, ne suffisent plus à fabriquer du masculin et du féminin.

Le concept de genre utilisé pour nommer les sexes nous vient de l'anglais : les auteurs utilisent « gender » car « sex » en anglais renvoie, beaucoup plus strictement qu'en français, à une définition biologique du masculin et du féminin. Le terme « gender » renvoie à la dimension culturelle de la sexualisation du monde à laquelle correspondent les termes français de masculin et féminin. Le genre correspond au sexe social, c'est-à-dire au sexe que la société nous attribue.

Ann Oakley est, en 1972, la première sociologue à établir la distinction entre sexe et genre (Oakley, 1972). Selon cette dernière, la masculinité et la féminité ne sont pas essences de l'être humain mais devraient plutôt être considérées comme fruits d'un long processus social au cours duquel l'individu acquiert des caractères féminins ou masculins.

D'ailleurs, nous pouvons évoquer la théorie de Christine Delphy, militante féministe qui dirige la revue *Nouvelles questions féministes* : « le genre crée le sexe ». Ainsi, le sexe social, c'est-à-dire tout ce qui est social dans les différences entre femme et homme, dans les divisions du travail ou les caractères qu'on attribue à l'un ou l'autre sexe précèderaient le sexe biologique (Delphy, 2009).

Ceci varie selon les sociétés, il existe un aspect variable des sexes selon les cultures et cet aspect construit est ce que l'on appelle le genre. L'ensemble de ce que font les femmes et les hommes, et qui paraît spécifique à chaque sexe, est en fait le résultat d'une construction sociale.

Le genre ou sexe social peut être défini comme l'ensemble de règles implicites et explicites régissant les relations hommes-femmes et leur attribuant des travaux, des valeurs, des responsabilités et des obligations distinctes. Ces règles s'appliquent à trois niveaux :

- Culturel : ce sont les normes et valeurs de la société
- Processus de socialisation : comme l'éducation au sein de la famille
- Institution : il s'agit du système d'éducation, de l'emploi etc.

Le sexe social correspond alors à la construction d'une identité sociale et culturelle surimposée aux données biologiques du sexe. Etudier le genre revient à chercher la façon dont chaque société définit ce qu'elle tient pour caractère masculin et féminin. Or les données socioculturelles et biologiques ne coïncident pas dans certaines situations. Un homme peut avoir des comportements ou des prérogatives tenus pour féminins et inversement pour la femme. Nous pouvons évoquer la conscience des anciens habitants de Mésopotamie de ces nuances, ils savaient les exploiter : sur certaines tablettes (sumériennes) exhumées au Proche-Orient, un statut masculin est attribué à des femmes (internet 2).

L'identité sexuelle d'une personne, c'est-à-dire le sentiment d'appartenir au genre féminin ou masculin, relève en partie du sexe social. Le genre est l'expression sociale de l'identité sexuelle à savoir l'ensemble des comportements sociaux assignés par la société à chaque personne en fonction du sexe physique.

La société occidentale, dans laquelle se fonde la société française, admet l'existence de deux genres bien distincts et codifiés : masculin ou féminin. L'identité sexuelle d'un individu est en premier lieu le fruit de sa socialisation. Nous sommes alors aux antipodes des théories exposées à la fin du XIX^{ème} siècle : les gonades et les hormones ne sont pas suffisantes pour produire du masculin et du féminin. Le fait de se sentir homme ou femme est une entité très stable et peut parfois être plus difficile à modifier que le sexe biologique.

Le sexe social est attribué de façon arbitraire à la naissance par l'entourage. En effet on ne peut demander son avis au nourrisson. D'ailleurs, un nourrisson avec un pénis sera désigné comme garçon par le médecin et la société attendra de lui qu'il se comporte selon les caractères attribués au genre masculin. La naissance de bébés intersexes provoque un réel conflit social : le sexe de l'enfant est entièrement choisit par les parents.

Cette distinction entre sexe et genre a émergé à la fin des années 60 chez les féministes anglo-saxonnes et recouvre une évolution majeure de la pensée : il existe désormais une différence entre le sexe biologique et celui social et psychologique.

L'enjeu politique et scientifique de distinction sexe/genre est majeur : il s'agit de faire accepter aux mœurs que le sexe serait plutôt à approcher en tant que rapports sociaux que comme présumé nature.

1.1.3 : Sexe psychologique :

Le sexe psychologique s'apparente au sexe social car il est influencé par l'éducation et l'adaptation à la société. Toutefois, le sexe psychologique se définit comme étant déterminé par la perception subjective de son propre sexe et de son orientation sexuelle. Il est beaucoup plus complexe à définir que le sexe biologique.

Le sexe psychologique ou identité sexuelle correspond à une évaluation de soi-même selon les traits associés à un sexe ou à l'autre et qui constituent les attributs sexuels. Ces traits sont bien sûr influencés par la société dans laquelle on évolue et les normes culturelles qui la composent.

Le sentiment subjectif d'être fille/femme ou garçon/homme se structure très tôt dans l'enfance, aux alentours de 24 mois selon certains médecins. Pour bien comprendre la différence entre sexe biologique et identité sexuelle (se sentir homme ou femme), il suffit d'étudier un cas simple où l'appareil génital externe (clitoris, pénis) a été enlevé. La capacité d'exprimer son désir sexuel est changé mais l'identité sexuelle peut rester la même. L'identité sexuelle d'une personne et/ou son apparence peuvent contraster avec son sexe biologique.

David Reimer était enfant quand son pénis fut détruit par une circoncision mal réalisée après sa naissance. Un clitoris lui fut alors construit chirurgicalement et il fut élevé en tant que fille, mais il insista sur le fait que son identité sexuelle était celle d'un garçon avant de connaître l'histoire de son enfance. Il refusait même son prénom féminin et jouait aux voitures avec son frère.

Le sexe psychologique n'est pas le sexe psychique (ou cérébral ou encéphalique). Le sexe cérébral correspond à la structure cérébrale biologique appelée « cerveau sexuel » situé dans les noyaux interstitiels de l'hypothalamus. Ce cerveau est pressenti pour la science (mais non prouvé) comme commandant le sentiment intérieur d'être femme ou homme (Augustine & Fitzpatrick & Hall & Lamantica & Mc Namara & Purves & Williams, 2005).

Ainsi, avec le sexe psychologique il y a création d'une identité sexuelle. Les Berdaches, hommes déguisés en femmes dans les tribus nord-amérindiennes, font le choix de leur situation et accèdent ainsi à une reconnaissance sociale, religieuse, artistique et économique. Ils sont acceptés et respectés.



Figure 6 : Photographie d'un Berdache (internet)

1.2. De la construction du sexe à la construction du genre :

Comme nous l'avons précédemment évoqué, il existe plusieurs façons de percevoir le sexe : le sexe biologique et le sexe social (ou genre) sont deux notions fondamentales qui construisent et influencent l'être humain dans son comportement privé et public. Le sexe biologique semble uniquement relever de l'inné et le sexe social de l'acquis, nous verrons qu'il existe pourtant un continuum entre ces deux éléments.

1.2.1 : Théorie du genre et du sexe :

Au sein des Universités, l'étude des rapports sociaux homme-femme s'est institutionnalisée progressivement au cours du temps à travers trois appellations : étude femmes, étude féministes et étude genres. L'étude des genres est née entre 1980 et 1990 et naît donc de l'évolution féministe.

Le mot « sexe » fait nettement référence à une identité biologique, témoin d'une différence innée. Le terme « genre » renvoie à des traits, des attributs liés aux comportements masculin ou féminin.

La théorie du genre, encore désigné comme gender studies ou queer studies, considère que l'individu serait mieux caractérisé par le sexe auquel il pense subjectivement appartenir que par le sexe physique qui lui est imposé dès le début de la vie. Ainsi se considérer comme femme ou homme en se fondant sur les seules données biologiques ou sociales (en adoptant par exemple le comportement attendu de notre sexe sans le désirer réellement), c'est refuser de se construire soi-même.

Ces théories suivent la lignée de la célèbre phrase de Simone De Beauvoir dans son ouvrage *Le Deuxième sexe* en 1949 : « on ne naît pas femme, on le devient » (De Beauvoir, 1949) et sont fondées par Eve Kosofsky Sedgwick, universitaire et féministe, puis suivies par des sociologues et des philosophes (Michel Foucault, 1994 ; Judith Butler, 2004) (internet 3).

La théorie du genre est d'abord une théorie sociologique : elle refuse l'idée que le genre sexuel, déterminé socialement, et l'orientation sexuelle soient déterminés par le seul sexe biologique. Le genre social (féminin ou masculin) d'un individu n'est pas déterminé exclusivement par son sexe biologique (femelle ou mâle) mais également par son environnement socioculturel et son histoire de vie. Toutefois la « theory of gender » ne vise pas non plus à faire abstraction totale du sexe biologique (Butler, 2006).

Cette approche souhaite répondre à des questions sur les rapports des sexes au sein de notre société sans se focaliser spécifiquement sur le sexe physique. Ces études vont montrer qu'il existe une différence entre sexe et genre et s'interrogent sur la construction des rôles sociaux attribués à chaque sexe, presque naturellement.

Elles vont aussi permettre de séparer des paramètres biologiques, naturels de paramètres liés principalement à une construction sociale. Les études du genre sont donc de nature constructivistes et vont permettre de ne pas se focaliser uniquement sur la dichotomie entre féminin et masculin.

1.2.1.1 : La théorie « simpliste » du genre et du sexe : le genre et le sexe ne font qu'un.

C'est la théorie la plus présente dans l'esprit du monde occidentale, celle qui fut appliquée durant de nombreux siècles : l'identité d'une personne doit être en adéquation avec son sexe biologique.

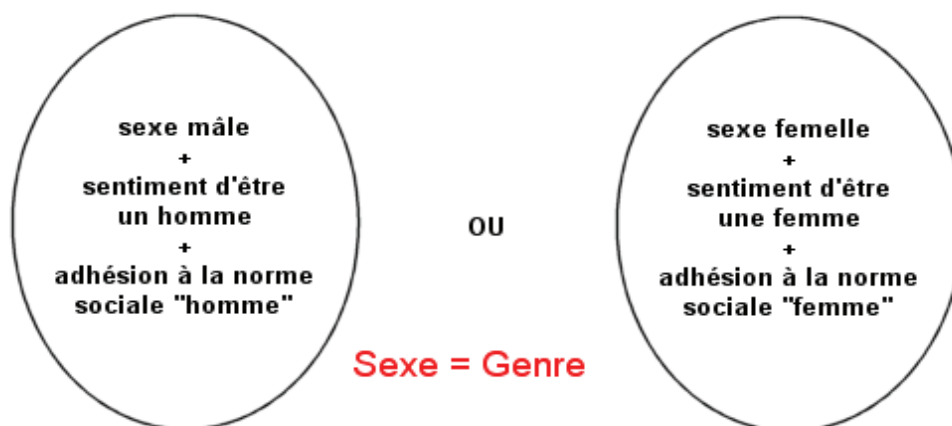


Figure 7: Schéma de la théorie simpliste (internet)

Le sexe précède alors le genre et ainsi le comportement social de l'individu. Cette idéologie binaire exclue les personnes qui ne rentrent pas dans cette façon de penser comme les transgenres qui ne se reconnaissent ni dans leur sexe ni dans le rôle social qu'ils

sont censés avoir. Cette théorie semble être conditionnée par les diktats de la société occidentale.

1.2.1.2 : Le genre et le sexe sont deux entités indépendantes :

Certes le hasard de la fécondation nous octroie soit un sexe mâle, soit un sexe femelle, mais selon R. Stoller, psychiatre et psychanalyste, le genre est le sexe qu'on se choisit subjectivement et peut être différent de celui imposé biologiquement (Stoller, 1968).

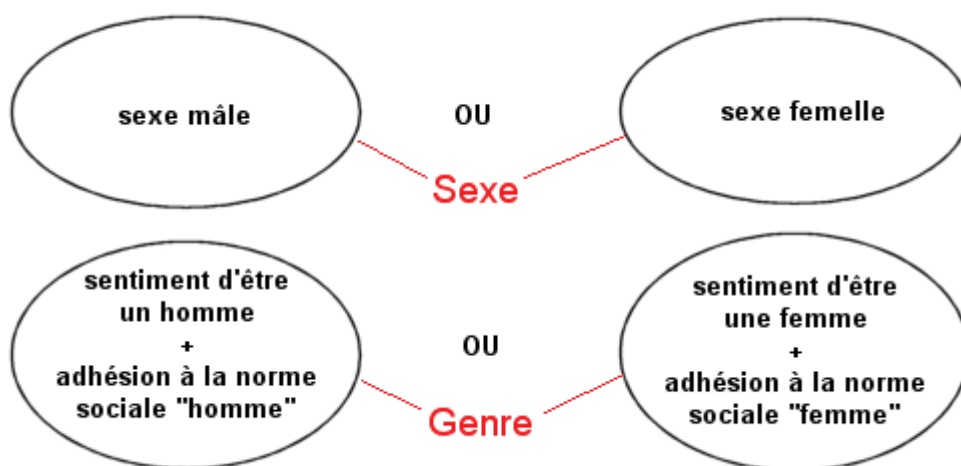


Figure 8: Schéma de la théorie secondaire (internet)

Ainsi, selon cette théorie, le sexe biologique peut être distinct du sexe social et du sexe subjectif. Par exemple, une personne de sexe masculin peut choisir de se sentir femme et d'adhérer à un comportement féminin aux yeux de la société dans laquelle il évolue.

Cette théorie a notamment permis d'arrêter d'infliger des traitements par électrochocs aux transgenres. Toutefois, cette théorie n'est pas encore bien acceptée dans notre société occidentale puisque la plupart des transgenres sont orientés vers une opération chirurgicale afin d'intégrer la théorie simpliste qui vise à avoir un sexe biologique en accord avec le sexe social et cérébral.

1.2.1.3 : La théorie du « gender spectrum » : un continuum entre le féminin et le masculin

Cette théorie permet de sortir de la conception binaire des sexes pour entrer dans un modèle linéaire : il existe un spectre continu entre le féminin et le masculin. Un individu peut être plus ou moins apparenté à un genre sans pour autant en avoir toutes les caractéristiques qui lui sont associées.

Dès lors, les transgenres peuvent se définir comme étant à cheval entre le masculin et le féminin. Toutefois, dans la réalité cette théorie peut poser problème car il n'existe pas d'échelle définie pour savoir si un comportement est notamment féminin ou très féminin.



Figure 9: Spectre illustrant la théorie du gender spectrum (internet)

Plusieurs théories sont proposées pour expliquer la distinction entre genre et sexe. L'étude genre-sexe semble s'appliquer à tout le monde car chacun peut se sentir inadéquat face aux prérogatives que sous entend l'appartenance à un sexe. Si une femme s'intéresse au football ou si un homme aime participer aux tâches ménagères, est-il pour autant en contradiction avec le sexe auquel il se dit appartenir ?

Durant l'été 2011, une importante discussion fut portée sur les programmes scolaires de biologie des classes de première littéraire et économique et sociale. La polémique a même fait la une de la presse quand elle s'est concrétisée par une lettre de 80 députés de l'UMP au ministre de l'éducation nationale de l'époque afin de demander la suppression des textes du livre Hachette à connotation tendancieuse. Voici l'une des phrases incriminées : « le sexe biologique nous identifie mâle ou femelle, mais ce n'est pas pour autant que nous pouvons nous qualifier de masculin ou féminin. Cette identité sexuelle construite tout au long de notre vie, dans une interaction constante entre le biologique et le contexte socioculturel est pourtant décisive dans notre positionnement par rapport à l'autre » dans le chapitre Devenir homme ou femme- Vivre sa sexualité.

Sans la citer explicitement, le manuel Hachette fait référence à la théorie du genre et du sexe, ce qui n'est pas du goût des députés de la majorité de l'époque selon lesquels cette théorie n'est pas scientifique.

Les comportements sexuels ne sont pas innés mais résultent d'une construction culturelle. Cependant, nous allons d'abord étudier les comportements attendus selon l'appartenance à un sexe biologique ou à un autre.

1.2.2 : Le sexe : de l'inné ou de l'acquis ?

1.2.2.1 : Une part d'inné :

Notre appartenance à un sexe paraît fondatrice de notre identité individuelle et sociale, ainsi nous pouvons dire que notre identité est sexuée.

Les théories essentialistes s'opposent idéologiquement au concept d'un sexe acquis socialement. Ces théories supposent que le sexe biologique conditionne en totalité notre sexe social. Ceci est assez caricatural mais encore très présent dans la société occidentale, ce qui dicte le comportement et la façon de penser beaucoup d'individus.

Les scientifiques contribuent à accorder une part d'inné au sexe, en dehors du simple sexe biologique. Dès le début du développement embryonnaire, le sexe génétique induit un sexe anatomique (ovaire ou testicule) qui, à son tour, va produire des hormones circulants très tôt dans le sang fœtal et allant jusqu'au cerveau. C'est ce que l'on appelle la « sexualisation du cerveau » sur laquelle la plupart des scientifiques s'appuient pour prouver qu'il existe des comportements naturellement féminin ou masculin de part la sécrétion d'hormones sexuelles au sein du cerveau.

Toute la régulation hormonale est liée à une région anatomique du cerveau : l'hypothalamus. Ne sécrétant pas les mêmes messagers chez l'homme ou chez la femme, des études supposent que la structure du cerveau possède un sexe : il existerait une différence entre le cerveau des hommes et celui des femmes pouvant induire des comportements sociaux distincts.

L'activation hypothalamo-hypophysaire se réalise dès les trois premiers mois de la vie dans les deux sexes. Concernant l'espèce humaine, les études sont encore contradictoires et très controversées. Toutefois comme nous l'avons évoqué précédemment, sur un mammifère comme le rat, si on modifie le pic néo natal de testostérone, on modifie certains comportements chez l'adulte. En effet, un rat mâle où l'effet de l'hormone est bloqué aura une attitude de lordose comme la femelle et non de monte.

Dès lors les hypothèses fusent : le cerveau aurait-il un sexe ? Si les cerveaux des hommes et des femmes étaient différents, cela induirait-il des comportements eux aussi différents ? Ces études sont difficilement transposables à l'Homme et il est nécessaire d'être vigilant face à l'utilisation des données scientifiques à des fins idéologiques.

D'autre part, les sexes, génétique et anatomique, influencent le cerveau de l'individu et à fortiori le sexe social. Le cerveau est considéré comme l'organe de la pensée et donc comme organe culturel. Si le cerveau subit une imprégnation hormonale dès la naissance, il serait possible que les comportements en soient influencés.

Sur le plan biologique, les cerveaux mâle et femelle sont distincts puisque la reproduction sexuée implique des hormones différentes. L'imprégnation hormonale précoce du fœtus va influencer la formation des circuits neuronaux, même si la majorité des circuits terminent leur formation à l'adolescence.

Néanmoins, l'ensemble des études plaident en faveur d'un rôle prédominant des facteurs socioculturels dans les différences comportementales des sexes. C'est toutefois la position contraire qui est défendue avec acharnement dans certains milieux scientifiques, principalement aux Etats-Unis. Il est d'ailleurs prétendu que ce sont les différences innées de capacités mentales entre femme et homme qui conditionnent leur place dans la société.

1.2.2.2 : Une part d'acquis :

Les théories selon lesquelles l'Homme ne naît pas avec un sexe naturel et figé pour le reste de sa vie ont mis beaucoup de temps à être acceptées comme valables au sein de la société occidentale.

En effet, aujourd'hui on commence à penser que ce n'est pas le fait d'avoir deux chromosomes X qui pousse à faire la cuisine ou à mettre du rouge à lèvres mais plutôt des interactions psychiques avec son entourage, avec la société qui assignent des rôles à chacun. D'ailleurs, la théorie du genre semble déclarer : on ne naît ni homme, ni femme, on le devient (en écho à la célèbre phrase de Simone De Beauvoir).

Le principal facteur socioculturel introduisant des différences de sexe est l'éducation. Éduquer ses enfants de manière non sexiste constitue un réel défi. F. Poulain de la Barre dans son traité sur « l'égalité des deux sexes » en 1673 arrive à la conclusion que « toutes les différences qui se remarquent entre les hommes et les femmes viennent de l'éducation qu'on leur donne ». Les différences sociales construites entre les filles et les garçons ou entre les femmes et les hommes sont nettement présentes dans les pratiques éducatives. Selon Françoise Vouillot, il existe une « structuration » des pratiques éducatives parentales selon le sexe de l'enfant : le sexe de l'enfant apparaît comme étant un facteur influençant le choix d'éducation d'un enfant quelque soit la culture d'appartenance ou la classe sociale. L'éducation des filles serait par ailleurs selon certaines études, plus rigide que celle des garçons (Vouillot, 1986).

Dès la naissance, voire même avant de part les nouvelles technologies en imagerie médicale, l'enfant est perçu comme fille ou garçon et cela détermine les représentations et les attitudes parentales.

Selon le sexe de l'enfant il existera une différence d'attitude éducative parentale respectant les stéréotypes attachés aux rôles des sexes. Cette différence s'immisce dans plusieurs domaines : tout d'abord, la couleur de la chambre des nourrissons très souvent bleu pour le garçon, rose pour la fille. Ensuite les vêtements : les parents choisissent souvent inconsciemment de sexualiser la tenue de leur enfant à l'instar de la jupe qui sera forcément féminine. Le choix des jouets est lui aussi dichotomisé selon le sexe de l'enfant et il sera très mal vécu pour un père que son fils joue à la poupée. E.Maccoby et N.Jacklin, psychologues émérites, démontrent dans une enquête américaine que les parents et surtout les pères, interviennent pour décourager activement leur garçon d'avoir des préférences pour les vêtements, jouets ou activités assignés au sexe féminin (Maccoby et Jacklin, 1974).

Les parents ont des attentes de comportement différent en fonction du sexe auquel appartient leur enfant et font tout pour maintenir une adéquation, respectant les normes de la société occidentale, entre sexe biologique et comportement social. Même si la plupart des parents adhèrent à l'égalité des sexes, ils perpétuent une éducation sexiste.

En outre, les attitudes éducatives des parents résultent d'interactions avec la culture à laquelle ils semblent appartenir. L'éducation n'est pas seule responsable de toutes les différences observées entre homme et femme. En effet, l'enfant vit, se développe au sein de groupes différents dont la famille constitue le noyau central durant la petite enfance. Ensuite l'école, le cadre professionnel et d'autres structures vont influencer les comportements de l'individu. Les relations établies avec les différents groupes vont influencer notre comportement selon le sexe auquel on désire être apparenté.

Le seul fait de prononcer un « Je » dans notre société n'est pas neutre, puisqu'en le disant nous ne cessons pas d'être homme ou femme. Notre identité est sexuée de part des facteurs socioculturels qui construisent les genres féminin et masculin et qui veulent par là construire également le sentiment d'être femme ou homme (internet 4).

L'identité sexuelle renvoie au sentiment d'appartenance au sexe biologique attribué à la naissance alors que l'identité sexuée renvoie au sentiment d'appartenance à son sexe construit culturellement de part les normes sociales de féminité et de masculinité assignés à chacun des sexes biologiques. L'identité sexuelle dépend de l'identité sexuée qui se construit en référence aux normes imposées au sexe biologique attribué à la naissance à la vue des organes génitaux externes. L'identité sexuée se caractérise par l'orientation de genre, c'est-à-dire le degré d'adhésion que les individus manifestent à l'égard des différentes catégories de rôles de sexe imposées par leur sexe biologique.

Ces rôles de sexe définissent donc les modèles de la féminité et de la masculinité dans une culture donnée, et sont relatifs aux traits psychologiques et aux comportements (comment doit être un garçon, une fille, un homme, une femme), mais aussi aux rôles sociaux et activités réservés à l'un ou l'autre sexe (Foucault, 1994).

Yveline Fumat, professeure de Science de l'éducation à Montpellier 3 affirme, lors de la conférence de Fribourg en septembre 2001, que l'identité biologique est un point de départ mais l'identité sexuée se construit à partir d'influence du milieu social. Nous devenons fille ou garçon par l'éducation : on appartient à un sexe ou à un autre dans le regard de nos parents de part leurs attentes, leurs attitudes et leurs propres représentations. Bien que le sexe biologique semble certain, l'identité du genre reste une construction personnelle. La différenciation du sexe débute par les attentes de la famille, puis celles de l'école et de la société. C'est ce qu'Yveline Fumat appelle la « socialisation primaire » qui se réalise par des habitudes passives dans l'environnement du nourrisson.

La philosophe Judith Butler, défend l'idée que la culture rend le corps « percevable », accessible. Le « moi » serait le résultat d'un corps structuré par les normes culturelles et le sexe n'échapperait pas à cette règle, respectant un idéal commun, féminin ou masculin. Elle va même jusqu'à affirmer que le genre précède le sexe qui n'a alors rien de naturel et figé. Notre société possède des codes pour distinguer les hommes et les femmes selon leurs caractéristiques comportementales.

Ainsi, bien que le sexe biologique soit à la base de notre identité sexuelle aux yeux de la société, nous pouvons choisir le sexe auquel on souhaite appartenir en adhérant ou non aux stéréotypes de la masculinité ou de la féminité. La différence des sexes est en grande partie

déterminée par des différences biologiques mais les facteurs socioculturels participent aussi très largement à cette distinction. L'idéologie occidentale reste très présente encore aujourd'hui, la concordance entre sexe biologique et sociale reste la mieux perçue. Les transgenres sont difficilement acceptés et ont recours à un procédé de changement de sexe afin d'être conforme à l'adéquation sexe biologique/sexe social.

1.3. Le transsexualisme :

Le transsexualisme est considéré comme une maladie mentale, elle est reconnue comme telle par les grandes classifications nosographiques actuellement en vigueur (DSM-4 et CIM-10). En 2009, la France fut le premier pays à retirer le transsexualisme des maladies mentales, ne se référant plus aux normes de L'Organisation Mondiale de la Santé.

Le transsexualisme suscite chez les médecins de la méfiance, des interrogations car c'est un sujet encore mal connu, bien qu'il mobilise l'attention de la société lorsqu'il est évoqué.

Nous nous pencherons d'abord sur un rapide rappel historique puis, nous étudierons les définitions attribuées à ce syndrome.

1.3.1 : Le transsexualisme : entre mythologie, légende et faits réels

Le changement de sexe est un sujet qui fut évoqué très tôt dans l'Histoire. Les mythes sur le transsexualisme évoquent des dieux qui changèrent Iphis en garçon car son père ne voulait pas éduquer une petite fille. Hercule se déguisait en fille, ce qui n'était pas du goût de sa compagne Omphale, reine de Lydie. Achille fut envoyé à la cour du roi Lycomède déguisé en femme afin d'être protégé. Le transsexualisme est très présent dans la mythologie grecque, toutefois l'objectif de cette transformation n'est pas de rétablir le bien-être de l'individu.

Dans l'Antiquité, le transsexualisme est également présent. Les Scythes, ayant vécu entre le VIIème siècle et le IIIème siècle avant J.C, célèbres guerriers du Caucase, avaient une petite communauté d'hommes (les Enariens), jugés comme impotents, qui s'habillaient et vivaient en femme. Hérodote évoque d'ailleurs ce changement de sexe en tant que maladie.

Au début du XVIIIème siècle, la secte chrétienne des Skoptzy : la caractéristique principale de cette secte était la castration. En s'affranchissant de leur sexe, les hommes qui adhéraient à cette secte pensaient libérer leur âme et ainsi entrer dans un monde plus spirituel.

L'Histoire rapporte plusieurs exemples de travestissement. Toutefois, il est important de souligner que le travestissement ne correspond pas au transsexualisme. A la fin du XIIème siècle, l'abbé François de Choisy, ecclésiastique reconnu et membre de l'académie française, éduqué en fille par sa mère pour l'introduire dans l'entourage du frère du roi Louis XIV, continua de se travestir tout au long de sa vie en se faisant appeler Madame de Barre.

Henri III, roi de France au XVIIIème siècle, avait un goût prononcé pour les habits de femme, les bijoux et d'autres attributs féminins. Nous ne pouvons toutefois savoir s'il éprouvait un profond mal être ou s'il avait un goût pour le travestissement.

Charles de Beaumont (1728-1810), encore appelé le chevalier D'Eon, s'est travesti à la cours d'Angleterre et à celle de Russie. Ce fut l'un des premiers espions européens, il occupa le poste de lectrice auprès de la tsarine Elisabeth et finit par l'influencer en faveur de Louis XV.



Figure 10 : Peintures représentant le chevalier d'Eon

A partir de 1910, de nombreux auteurs, allemands et français (Adler, 1910 ; Freud, 1911 ; Magnan et Pozzi, 1911), évoquent le transsexualisme dans leurs ouvrages. Les actes de chirurgie de réassignation sexuelle suivent avec une première mammectomie en 1912 sur une jeune femme de 21 ans.

En 1915, l'opposition sexe/genre naît : W. Blair Bell, gynécologue, réalise un premier travail de chirurgie de réassignation sexuelle pour être en accord avec le genre social désiré, même contre l'anatomie des organes génitaux externes.

En 1918, à l'Université de l'Oregon, Joshua Gilbert réalise une mastectomie sur Lucill Hart, en ne tenant compte que de son sentiment d'avoir toujours été un garçon. Ce patient se mariera et aura une carrière littéraire et médicale. Le cas est publié en 1920 dans le Journal of Nervous and Mental Diseases.

S'ensuit d'autres cas de chirurgie de changement de sexe, un travail sur les hormones sexuelles lors de la seconde guerre mondiale et un début de reconnaissance sociale.

En 1953 a lieu la première réunion scientifique consacrée au transsexualisme, à l'initiative du psychologue Harry Benjamin, à New York.

En 1962, la nouvelle édition du dictionnaire Oxford English évoque une distinction entre les termes « sex » et « gender » ; « gender » se réfère à la dimension culturelle et sociale et « sex » à la dimension biologique.

La première opération de réassignation sexuelle en France a lieu à l'hôpital Saint-François à Paris, en 1971, sur une étudiante en médecine. Toutefois, la cour de cassation interdit toujours le changement d'état civil des transsexuels opérés en évoquant l'indisponibilité de l'état civil.

En 1980, le DSM III introduit la définition du transsexualisme comme Gender Identity Disorder (trouble de l'identité du genre) et retire l'homosexualité de la liste des pathologies. En 1994, le transsexualisme sera répertorié comme simple dysphorie du genre.

1.3.2 : Approche anthropologique du transsexualisme :

De nombreuses études d'anthropologues sur le terrain ont permis de découvrir des représentations de l'identité sexuelle diverses.

C. Chiland, psychiatre et psychanalyste, met l'accent sur différentes ethnies qui toutes abordent le transsexualisme mais de façon différente, avec leur spécificité propre à chaque culture (Chiland, 1997).

Tout d'abord, les Hijras en Inde sont très connus pour leur émasculatation complète la plupart du temps. Cette castration est perçue par leur communauté comme assurant la fertilité du peuple hindou. Ils s'habillent en femme et adoptent un rôle social féminin. Leur première réponse consiste à dire qu'ils ne sont pas des hommes ; ensuite certains se définissent comme des femmes et certains autres comme « ni hommes, ni femmes ». Ils se revendiquent comme appartenant à un troisième sexe.

Les Inuits du Canada sont soumis à l'imposition d'un sexe choisis en fonction de la décision de leur mère à la naissance. Ce sexe est donc en grande partie dépendant du désir maternel et ne prend pas en compte l'aspect des organes génitaux externes. Ensuite, à la puberté, il leur est possible de réintégrer leur sexe biologique. Ainsi, à la naissance les enfants recevaient plus d'un nom (ceux de leurs ascendants), et donc plusieurs identités pouvant correspondre à des sexes différents qui alternent au cours du temps. C'est ce que Saladin D'Anglure, un anthropologue français, relate en parlant de « troisième sexe » comme un véritable « fait social total » (Saladin D'Anglure, 2006).

Dans les tribus nord-amérindiennes, les Berdaches, des hommes prenant le statut social et les attributs des femmes, sont respectés et acceptés. Ce statut est même valorisé dans ces ethnies.

Il est important de souligner que dans ces sociétés, il n'est pas question d'une situation pour laquelle aucun statut n'est reconnu. Au contraire, le choix d'intégrer un autre sexe que celui imposé biologiquement est bien toléré, voire même valorisé dans certaines ethnies.

Dans les sociétés occidentales actuelles, les individus ne se sentant pas en accord avec leur sexe biologique sont encore mal perçus et sont confrontés à la méfiance, voire à l'intolérance, des autres individus. Il n'existe d'ailleurs pas de statut social défini pour eux, ils doivent se soumettre à une opération afin de changer de sexe et d'entrer en adéquation avec le schéma « normal » de concordance sexe biologique/sexe social. Le juriste D. Salas parle par ailleurs de « crise identitaire sans précédent » à laquelle sont confrontés ces individus dont la culture d'appartenance ne prévoit pas de statut social d'accueil.

1.3.3 : Définition du transsexualisme :

1.3.3.1 : L'évolution de la définition du transsexualisme au cours du temps :

Les comportements sexuels considérés comme hors normes ont commencé à être étudiés par la médecine au début du XIXème siècle. Un psychiatre français, (Breton, 1969), évoque quatre époques correspondant à quatre approches différentes du transsexualisme.

1.3.3.1.1 : Première période : la notion de monomanie

Esquirol, psychiatre français, relate le cas d'un homme qui était convaincu d'être une femme à la suite d'une contrariété et qui passa son temps à essayer d'être considéré comme tel. Cet homme n'avait aucun trouble mental reconnu auparavant (Esquirol, 1838).

Dans « De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires » Marc évoque différentes monomanies parmi lesquelles il inclut le transsexualisme (Marc, 1840). En effet, il rapporte l'histoire d'un précepteur qui employait tout son argent afin de se présenter en tant que femme et adopte même le surnom de Mademoiselle Rosette. Un peu avant sa mort, il avait rédigé un testament lui permettant de conserver le droit de porter ses vêtements préférés et faisant l'éloge de sa folie. Toutefois, ce testament fut cassé en 1725 pour cause de monomanie.

Ainsi, ces deux cas montrent le fait que ces états étaient très mal perçus, associés à un délire voire même à de la folie.

1.3.3.1.2 : Deuxième période : la notion de perversion sexuelle

Au cours du XIXème siècle, nous assistons à une évolution de la notion du transsexualisme. La nosographie psychiatrique précise qu'il s'agit d'une «folie sans délire », des auteurs qualifient cet état « de folie lucide » (Pritchard, 1835), « d'insanité morale » (Trélat, 1861).

La notion de perversion sexuelle en découle et ce sont des auteurs allemands qui en sont à l'origine.

En 1886, dans la première version de sa « Psychopathia sexualis », Krafft-Ebing évoque les différents types de comportement sexuel humain (Krafft-Ebing, 1886). Moll complétera cet ouvrage en rattachant ce qu'on appelle aujourd'hui le transsexualisme à de la perversion sexuelle.

Westphal, neurologue et psychiatre allemand, mentionne le concept de « Kontrare sexuellempfindung » (qui signifie : une sensation sexuelle contraire), que Charcot et Magnan, tous deux médecins, traduisent pas inversion du sens génital et qu'ils décrivent comme « des femmes qui physiquement sont des femmes, mais psychiquement sont des hommes et des hommes qui physiquement sont des hommes mais psychiquement sont des femmes » (Charcot et Magnan, 1882).

1.3.3.1.3 : Troisième période : la notion de transsexualisme

La notion de transsexualisme est apparue en 1953 lorsque l'endocrinologue et sexologue H. Benjamin publia un article sur le transsexualisme à la suite de la première conférence donnée à l'Académie de Médecine de New-York à ce sujet. L'utilisation de H. Benjamin permit l'introduction de ce terme dans la langue courante, mais ce mot fut créé par le psychiatre D.O. Cauldwell (Cauldwell, 1949). En effet, ce dernier avait publié dans la revue *Sexology* un article en écho à l'ouvrage de Krafft-Ebing, dans lequel il étudie le cas d'une jeune fille qui voulait absolument être un homme.

En 1954, H. Benjamin ne considère pas le transsexualisme comme une monomanie ou une perversion à prendre en charge, mais plutôt comme un concept à part entière. Il insiste particulièrement sur le mal-être des patients qui se définissent comme victimes d'une erreur de la Nature et qui demandent réparation grâce aux techniques médico-chirurgicales de réassignation de sexe. Ces patients souhaitent un accord entre leur corps et leur personnalité. Il met également l'accent sur le fait qu'un individu transsexuel n'est pas un homosexuel qui se travestit ou encore un travesti fétichiste ; le patient transsexuel souffre, son sexe le répugne.

D'autre part, pour le patient il est important de pouvoir changer d'état civil, se marier, avoir des enfants, mener une existence en accord avec son sexe psychologique. Le transsexualisme est également mentionné comme syndrome de Benjamin, en référence au fondateur de la notion de transsexualisme.

Il existe toutefois des précurseurs au Dr H. Benjamin. Le plus connu d'entre eux fut le Dr Hamburger, chirurgien danois spécialisé dans la chirurgie de réassignation sexuelle, qui traita le cas de Christine (née George William) Jorgensen. Il s'agit de la première personne mondialement connue pour avoir subi une telle opération. L'affaire entraîna un véritable scandale médiatique quand en Décembre 1952, le journal *New York Daily News* la publia en première page sous le titre « Un ex GI devient une ravissante blonde ». Cette affaire entraîna aussi une multitude de demandes de changement de sexe dans le monde.

L'historien Vern Bullough donne son avis sur le fait qu'il existe peu de données à propos des transsexuels du passé : « De nombreux individus se sont arrangés pour vivre en tant que membres d'un sexe biologique différent sans chirurgie et apparemment de manière heureuse à l'exception de la crainte toujours présente d'être découvert avec le risque de la punition : la mort. » (Bullough, 1976).

Néanmoins, le terme de transsexualisme, popularisé par les médias, a perdu une part de sa valeur scientifique et médicale. Il est confondu avec un certain mystère, un scandale ou une connotation sexuelle perverse.

1.3.3.1.4 : Quatrième période : la notion de dysphorie de genre

En 1973, le Dr N. Fisk utilise le terme de « dysphorie de genre » afin de souligner la souffrance, l'insatisfaction permanente et le malaise des patients à se sentir appartenir au sexe opposé à leur sexe biologique (Fisk, 1973). Dès lors, cette transformation est formulée comme étant un acte libre, mais restant un syndrome, donc appartenant à la sphère médicale.

Dans les années 1960, des centres de recherches et de soins se créent aux Etats-Unis. Nous pouvons citer la Gender Identity Research Clinic de U.C.L.A (University of California, Los Angeles) ou encore la Stanford Gender Dysphoria Clinic.

Si Fisk créa le terme de « dysphorie de genre », c'est R. Stoller qui définit le transsexualisme tel qu'il est actuellement connu. Il développe le concept de genre qui est en rapport avec les normes sociales et celui de sexe, relatif au biologique. Il précise alors l'idée de H. Benjamin lorsqu'il disait : « le sexe c'est ce que l'on voit, le genre, c'est ce que l'on ressent. »

Ainsi, le transsexualisme est perçu comme un trouble de l'identité du genre. Le statut que désire le patient transsexuel n'est pas en accord avec le sexe biologique qui lui est imposé. La dysphorie de genre qualifie l'état des individus qui souffrent de leur sexe anatomique au point de les répugner d'eux-mêmes. Le patient est conscient de son anatomie mais celle-ci ne lui appartient pas, il ne se reconnaît pas dans le sexe social qu'elle lui impose.

La notion de dysphorie de genre inclut également des patients qui ne sont pas transsexuels mais qui souhaitent recevoir des hormones, se faire opérer, changer d'état civil etc. Parmi eux, il y a de nombreux homosexuels efféminés, des travestis fétichistes. Leur revendication n'est pas sociale mais de l'ordre de la sexualité.

J. Breton propose l'idée de garder les termes transsexualisme et dysphorie de genre. Le terme de dysphorie de genre serait plus global, inclurait les individus transsexuels ainsi que tous ceux ressentant un malaise par rapport à leur statut social. Cette notion inclut les personnes qui souhaitent un changement de sexe ainsi que celle qui souffrent de leur statut social sexuel mais qui ne veulent pas changer de sexe.

Il est actuellement admis par la plupart des auteurs que le transsexualisme est une forme singulière de dysphorie de genre.

1.3.3.2 : Les définitions du transsexualisme

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la définition du transsexualisme a connu une évolution majeure. Le rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de juin 1985, en France, donne la définition la plus concordante avec les différents auteurs du transsexualisme : « Le transsexualisme est une affection mentale rare qui consiste, chez un sujet normalement constitué, en la conviction d'appartenir au sexe opposé. Cette conviction, véritable idée prévalent, est précoce, permanente et inébranlable. Elle se traduit dès l'enfance par des comportements du sexe opposé (jeux, manière, goût, tendance...). La prise de conscience de ne pas être une fille (ou un garçon) comme les autres, a lieu à la puberté ou un

peu avant. Par la suite, la conviction transsexuelle se manifeste par le travestissement, la demande impérieuse de traitements hormonaux et chirurgicaux propres à donner au corps l'apparence du sexe revendiqué, et par la demande du changement d'état civil. Les preuves anatomiques les plus évidentes du sexe biologique (appareil génital externe chez l'homme, seins chez la femme) sont l'objet de répulsion ».

Ainsi, nous pouvons affirmer que le transsexuel a la conviction intime et permanente d'appartenir au sexe opposé à celui qui lui est imposé anatomiquement et juridiquement dès la naissance. La plupart des transsexuels se considèrent comme étant des victimes de la Nature et ils demandent réparation au médecin et au juriste afin d'obtenir une concordance entre le sexe psychologique et leur statut social et personnel.

R. Stoller a distingué deux sortes de transsexualisme : celui primaire et celui secondaire.

Le transsexualisme primaire se révèle précocement. Dès l'enfance, il existe un trouble de l'identité du genre et la conscience d'appartenir au sexe opposé. Des études, menées à l'aide de l'entourage, révèlent que les troubles de l'identité sexuelle ont commencé vers l'âge de deux ans et n'ont ensuite pas cessé.

Dans le transsexualisme secondaire, la prise de conscience est plus tardive, après vingt ans. Les sujets avaient alors jusque là menés une vie sociale en adéquation avec leur sexe anatomique.

Il existe deux définitions du transsexualisme reconnues internationalement.

Dans le CIM 10 (ou Classification internationale des Maladies, 10^{ème} révision), le transsexualisme est abordé au chapitre « Troubles mentaux et du comportement », à la rubrique « Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte ». Le trouble est ainsi défini : « Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise et d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré ». Selon le CIM 10 pour qualifier un individu de transsexuel il existe des directives à respecter : « Pour faire ce diagnostic, l'identité de type transsexuelle doit avoir été présente d'une manière persistante pendant au moins deux ans, ne pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel que la schizophrénie, et ne pas être associée à une autre anomalie sexuelle génétique ou chromosomique ».

Dans la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux ou D.S.M III, le transsexualisme est mentionné comme étant un trouble mental et apparaît comme trouble de l'identité sexuelle. Ce manuel fait du transsexualisme une entité indépendante : « le transsexuel n'est ni schizophrène, ni fétichiste, ni homosexuel ». Pour être qualifié de transsexuel selon le D.S.M III, il existe cinq critères :

« a. Sentiment d'inconfort et d'inadéquation quant à son sexe anatomique.

b. Désir d'être débarrassé de ses organes génitaux et de vivre comme un sujet de l'autre sexe.

c. La perturbation a duré d'une façon continue pendant au moins deux ans (sans être limitée à des périodes de stress)

d. Absence d'ambiguïté sexuelle organique ou d'anomalie génétique.

e. Non dû à un autre trouble mental, comme la schizophrénie. »

Dans le D.S.M IV, en 1994, le transsexualisme est classé dans la section « Trouble sexuels et troubles de l'identité sexuelle », mais le terme transsexualisme n'apparaît plus. Désormais, le syndrome est mentionné sous l'appellation de « troubles de l'identité sexuelle ».

1.3.4 : Les diagnostics différentiels du transsexualisme

Devant toute demande de changement de sexe, il est important de ne pas confondre le transsexualisme avec d'autres diagnostics.

1.3.4.1 : Diagnostics différentiels organiques :

Tout d'abord, les diagnostics différentiels organiques sont recherchés par la réalisation d'un caryotype, des données cliniques ou des tests hormonaux.

Par exemple, dans le syndrome de Turner, l'individu est porteur d'un seul chromosome X et n'a donc pas d'ovaire mais l'identité psycho-sexuelle est le plus souvent féminine.

L'hermaphrodisme vrai est caractérisé par la présence simultanée de tissu ovarien et testiculaire : l'individu a beaucoup de mal à s'assigner à un sexe ou à un autre, mais la chirurgie de réassignation sexuelle n'est pas indiquée.

1.3.4.2 : Diagnostics différentiels psychiatriques :

Ensuite, les diagnostics différentiels psychiatriques sont à établir. La difficulté est beaucoup plus importante.

Prenons le cas de l'homosexualité masculine : l'homosexuel a une identité d'homme et ne se sent pas en désaccord avec son sexe biologique. Il peut demander un changement de sexe mais les raisons sont plutôt en lien avec le fait qu'il n'adhère pas au sexe social masculin. Ce n'est pas une indication pour la chirurgie de changement de sexe.

De plus, le transsexualisme ne doit pas être confondu avec le travestissement. Le travestissement ne relève pas d'une souffrance permanente, il s'agit d'un comportement de dissimulation de l'identité souvent en adoptant les vêtements de l'autre sexe. Le travesti ne souhaite pas changer son sexe biologique et le travestissement correspond souvent à un acte érotique. C'est ce que l'on apparente au travestissement fétichiste à distinguer du travestissement du transsexuel qui porte des vêtements du sexe opposé afin d'être considéré socialement comme appartenant à l'autre sexe.

En France, le protocole médical réalisé dans le but de changer de sexe est d'abord psychiatrique puis chirurgicale.

PARTIE 2 :

Aspect médical du transsexualisme : les étapes du
parcours de soin

L'amorçage de la transformation s'appuie sur la requête d'un patient désirant au plus profond de lui sa réhabilitation sexuelle.

Une approche pluridisciplinaire est nécessaire au bon déroulement du parcours thérapeutique entraînant l'intervention de plusieurs praticiens exerçant dans des domaines différents. Les étapes se déroulent chronologiquement en 5 temps:

1/ Etablissement d'un diagnostic par un psychiatre avisé.

2/ Expérience en vie réelle (si nécessaire).

3/ Administration d'hormones supervisée par un endocrinologue.

4/ Opération de réassignation faisant intervenir plusieurs praticiens notamment un chirurgien urologue, un chirurgien obstétrique et éventuellement un chirurgien esthétique.

5/ Démarches administratives relatives à l'état civil (changement de sexe, de prénom) en coordination avec des notaires, avocats et juristes qui instruisent la demande.

Durant toutes ces étapes ainsi qu'après la transformation, un psychologue accompagne le patient afin de l'aider à surmonter les regards de la société et à s'intégrer.

2.1 Etablissement d'un diagnostic.

Avant toute action thérapeutique, un diagnostic rigoureux est inéluctable. Il consiste en un raisonnement menant à l'identification d'un phénomène, d'une cause.

La reconnaissance du problème est la première étape amenant la solution.

Dans le cas du transsexualisme, la démarche est purement clinique et repose principalement sur le discours du patient. Une multitude de travaux démontrent que la principale cause de regret vis-à-vis de la chirurgie de réassignation (opération irréversible) est l'erreur diagnostic. En effet, le transsexualisme est en partie un diagnostic d'exclusion. Il est donc indispensable d'établir également des diagnostics différentiels (OMS, 1992).

Afin de protéger les patients, les praticiens disposent de critères diagnostics stipulés dans deux nomenclatures officielles: la Classification International des Maladies (CIM-10) et le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux (DSM IV). Il est bon de rappeler que l'utilisation de ces outils n'a pas vocation à assimiler les transsexuelles à des « fous » mais à poser un diagnostic conforme aux véritables maux du patient.

Des tests supplémentaires existent afin d'établir un profil psychologique permettant ainsi d'assimiler correctement les besoins du patient.

L'utilisation de ces classifications, déjà évoquée dans la première partie, permet d'aider à établir le diagnostic. Cependant et comme tous outils, la prudence s'impose aux regards des limites des critères mettant en exergue l'importance du diagnostic différentiel.

2.1.1 Critères du DSM IV.

A/ Le patient est intensément persuadé d'appartenir au sexe opposé.

B/ Adoption fréquente de conduites de l'autre sexe désiré.

C/ Sentiment permanent et persistant d'inconfort motivant le désir intense d'être débarrassé de ses organes génitaux et de vivre ainsi comme une personne du sexe opposé.

D/ Problèmes socioprofessionnels engendrés par le mal être.

E/ L'affectation n'est pas concomitante à de l'hermaphrodisme ou autres anomalies organiques ou génétiques (syndrome d'insensibilité partielle aux androgènes ou hyperplasie des surrénales)

F/ Pas de troubles mentaux comme la schizophrénie.

Il convient de distinguer les troubles de l'identité sexuelle chez l'enfant et l'adulte ainsi que de spécifier l'orientation sexuelle de ce dernier: homosexuelle, hétérosexuelle, bisexuelle ou encore aucun des deux sexes.

2.1.2 Critère du CIM-10

Le transsexualisme se définit de la façon suivante:

« Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré»

Le CIM-10 ajoute « Les critères du travestissement bivalent » ceci afin d'établir un diagnostic différentiel.

« Ce terme désigne le fait de porter des vêtements du sexe opposé pendant une partie de son existence, de façon à se satisfaire de l'expérience d'appartenir au sexe opposé mais sans désir de changement de sexe plus permanent moyennant une transformation chirurgicale ; le changement de vêtements ne s'accompagne d'aucune excitation sexuelle.» (internet 20)

2.1.3 Test psychologique.

Le bilan psychologique permet de déceler les patients atteints de troubles mentaux cristallisés derrière le transsexualisme. Celui-ci repose sur l'interprétation de tests réalisés par des psychologues évaluant les modalités de fonctionnement psychiques et l'identification sexuée.

Les tests étant les plus couramment utilisés sont le Test de Rorschach, le MMPI et le TAT.

2.1.3.1 Le test de Rorschach.

Le test de Rorschach, inventé en 1921 par Dr Hermann Rorschach psychiatre suisse, est basé sur la libre interprétation de tâches d'encres par le patient. Il met en avant une série de dix planches présentées successivement au patient. Un diagnostic est ensuite établi par le psychiatre suite aux remarques, réflexions et idées émises à la lecture de ces planches.

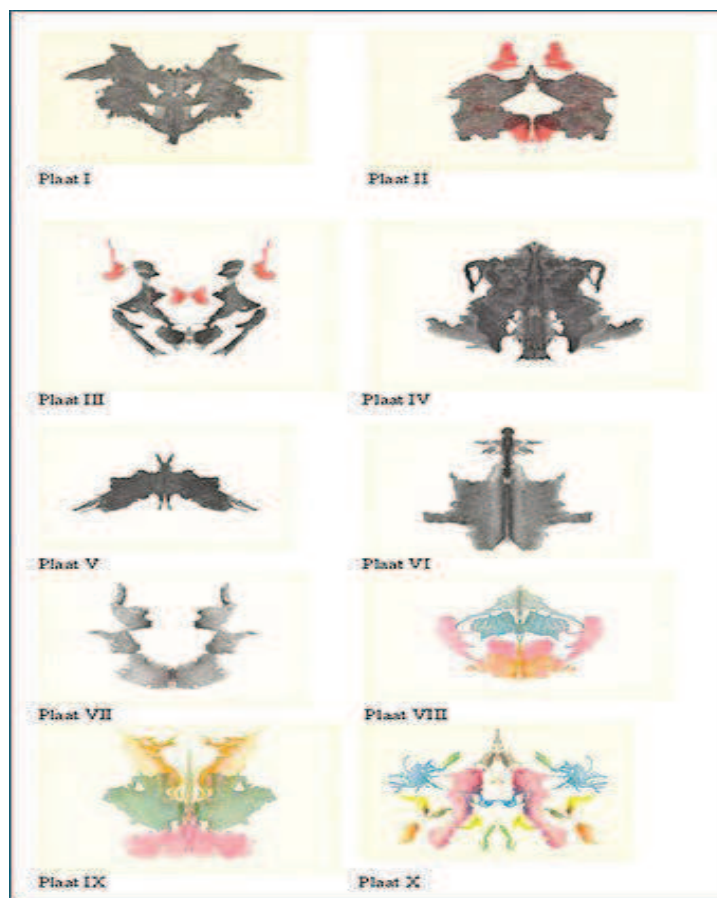


Figure 11 : Les 10 planches du test de Rorschach. (Internet)

Selon plusieurs psychiatres (Bourdel (M.C), Cordier(B), Coussinoux(S), Gallarda(T) ; Luton(JP), Olié (J.P), l'épreuve projective du test de Rorschach mobilise les processus identificatoires notamment sexués particulièrement sur la planche III.



Figure 12 : La planche III du test de Rorschach. (Internet).

Cette image pourrait faire évoquer deux silhouettes humaines mettant à l'épreuve la représentation du corps humain entier et mobilise les processus d'identification sexuée.

Lorsque ces derniers sont stables et harmonieux, le patient identifie de manière claire les silhouettes (masculines ou féminines) et la polarité dominante (représentation du corps humain) selon les références de sa propre identité sexuelle correspondant au sexe biologique.

Ce test extrêmement répandu n'en demeure pas moins controversé. (internet 6)

Selon le Pr Christian Mormont « Le genre des réponses humaines ne peut être interprété comme étant identitaire et utilisé pour le diagnostic de trouble de l'identité sexuelle».

2.1.3.2 Test MMPI.

Le test MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) est un questionnaire de personnalité mis au point aux Etats Unis à la fin des années 30 par les Docteurs Hathaway et Winley. La version originale, plus couramment utilisée en France, reprend 550 items appartenant à 26 échelles parmi lesquelles vie sexuelle, masculinité/féminité et vie conjugale.(internet 7)

Exemples de questions:

Réponse déviante que l'on soit un homme ou une femme	
Je suis très violemment attiré par les personnes de mon sexe	Vrai
Je suis tourmenté par des questions sexuelles	Vrai
J'aime parler de questions d'ordre sexuelles	vrai

	Réponse déviante homme	Réponse déviante femme
J'aime lire les romans d'amour	Vrai	Faux
J'aime beaucoup la chasse	Faux	Vrai
Je n'ai jamais eu d'éruption cutanée qui m'ait ennuyée	Vrai	faux

Figure 13 : Tableau de questions issu du MMPI.

2.1.3.3 Le TAT.

Le TAT (Thematic Apperception Test) a été conçu en 1935 par Dr Henry Murray. Ce test repose sur l'idée que lorsque l'on invente une histoire, on s'identifie au héros qui la vit. 17 planches noires et blanches sont présentées au patient qui, après examen, doit imaginer l'intrigue liée à la situation. Afin de déterminer sa personnalité, le psychiatre l'interroge sur les sources d'inspirations qui ont motivé ses réponses. (Internet 17 et 18)



Figure 14 : Une planche du TAT (Internet).

2.1.4 Les contraintes à prendre en compte :

Les demandeurs de réassignation sexuelle vivent extrêmement mal leur situation actuelle. Beaucoup d'espoirs et de l'impatience naissent de ce désir chirurgical. Une phase diagnostique trop longue engendre des souffrances liées à l'ambivalence entre l'apparence physique et le sexe psychique. De ce fait, les praticiens s'obligent à établir rapidement le bon diagnostic.

2.1.4.1 Le temps :

Le diagnostic d'un trouble de l'identité sexuelle nécessite une dizaine de séances étalées sur six mois afin de réunir les données cliniques et psychosexuelles. Plus le diagnostic sera rapide, plus vite sera délivré(e) la femme ou l'homme enfermé(e) dans le corps du sexe qu'il ne s'approprie pas.

2.1.4.2 Les risques :

Les principaux risques demeurent dans le mauvais diagnostic et le regret de la transformation car même si la personne est jugée transsexuelle, il faut évaluer également sa capacité psychologique, affective et comportementale face aux changements physiques.

Un mauvais diagnostic engendre inévitablement un regret de transformation. Les diagnostics différentiels possibles sont le travestisme fétichiste, la psychopathie, voir la schizophrénie paranoïde. Pour illustration, cette dernière pathologie provoque des idées délirantes et une métamorphose sexuelle pouvant induire les praticiens en erreur.

En complément, l'endocrinologue intervient dans le diagnostic en effectuant des tests biologiques afin d'approuver l'intégrité du système hormonal éliminant notamment des insuffisances anté hypophysaires pouvant être responsables de phénotype pseudo-hermaphrodite ainsi que le syndrome de kallman.

Malgré un bon diagnostic, des patients peuvent également changer d'avis durant le traitement. D'autres font des compromis et sont plus à l'aise sans traitements médicaux. Parfois même, les patients peuvent être déçus du résultat entraînant alors un comportement dépressif et parfois suicidaire. Afin de pallier le risque, le spécialiste doit recueillir des informations contributives pour mieux appréhender le pronostique.

Le diagnostic étant fait et si le patient est prêt pour la transition, l'équipe pluridisciplinaire se réunit afin d'établir plusieurs schémas d'actions qui lui seront proposés. Un contrat de consentement éclairé est alors établi matérialisant l'accord du patient pour actionner le plan d'action thérapeutique et attestant avoir pris connaissance des risques opératoires notamment.

2.2 Expérience en vie réelle

Cette étape, d'une durée recommandée d'un an, permet à la personne (futur homme ou femme) de s'engager progressivement dans des processus de transformation qui restent néanmoins réversibles tels que la tenue vestimentaire, l'épilation, l'hormonothérapie à faible dose, la mammoplastie... Cette démarche permet au patient de se plonger dans son nouveau monde et de confirmer son choix.

Cette plongée dans la vie réelle est souvent difficile à mettre en pratique notamment lors d'une transformation homme/femme. En effet, le patient est alors confronté à des perturbations liées principalement aux regards des autres (pour exemple; incohérence entre l'apparence physique et la tenue vestimentaire du sexe opposé) pouvant entraîner une incompréhension du monde extérieur et provoquer certaines réactions préjudiciables (perte d'emploi, marginalisation etc...). Une alternative est alors proposée comme une transformation vestimentaire limitée au cercle familial.

2.3. Hormonothérapie

Préalablement à l'administration d'hormones, le praticien informe le patient de la nature, des bénéfices et des risques du traitement. Cette thérapie est très lourde de conséquences induisant des phases irréversibles ainsi que des effets secondaires à long terme.

L'hormonothérapie s'articule en deux phases : la première consiste à supprimer les hormones du sexe actuel et la seconde axée sur l'administration d'hormones exogènes qui permettront de supprimer les caractères sexuels secondaires du sexe d'origine et d'induire ceux du sexe désiré.

2.3.1 Transformation dans le sens femme/homme (FTM ou F/M)

2. 3.1.1 Abolition des gonadotrophines féminines

Deux types de molécules permettent de supprimer l'œstradiol, principale hormone féminine: les progestatifs de synthèses et les analogues de la Gn-RH. Les progestatifs de synthèses dérivés de la norméthyltestostérone ont un effet anti gonadotrope. Quant aux analogues de la Gn-RH, ils agissent en saturant les récepteurs de la Gn-RH au niveau de l'adénohypophyse et entraînent un rétrocontrôle négatif bloquant ainsi LH et FSH et conduisant à une diminution des œstrogènes. Dans certains cas, l'abolition des gonadotrophines féminines reste possible par l'administration exclusive d'hormones masculines (Gooren, 1997).

2.3.1.2 Administration d'hormone masculine

Les hormones masculines sont les androgènes, plus particulièrement la testostérone. Les médicaments les plus fréquemment administrés sont ANDROTARDIL sous forme d'injection intra musculaire à raison d'une fois toutes les trois semaines (remboursé par la Sécurité Sociale) et NEBIDO qui est non remboursable mais administré seulement une fois par

trimestre. D'autres médicaments avec une posologie différente sont administrés moins couramment : PENTESTON (per os) et TESTOPATCH (voie transdermique). (internet 9)

A forte dose dans le sang, ces apports hormonaux entraînent plusieurs modifications physiques et psychiques.

- Deux premières modifications qui apparaîtront assez précocement et de manière réversible:

* Une aménorrhée secondaire (au bout de 8 mois en moyenne)

* Une diminution du volume mammaire

- D'autres qui seront irréversibles:

* La voix devient plus rauque

* Augmentation importante de la pilosité faciale, du torse et des jambes.

* Apparition d'une hypertrophie clitoridienne. Pour mémoire le clitoris est l'homologue féminin du pénis.

* Un développement musculaire.

- Des modifications psychosociales que l'on peut percevoir:

* Augmentation de la libido

* Nervosité.

L'administration de testostérone doit se poursuivre afin de préserver le capital osseux et de maintenir la virilisation.

2. 3.1.3 Les effets secondaires des androgènes

Chez la plupart des FTM traitées par androgènes, on ne retrouve pas d'augmentation de la mortalité par rapport à la population générale. En revanche, nous enregistrons de rares complications cardio-vasculaires dues à une défaillance d'ordre métabolique notamment lipidique. Nous observons également une augmentation des enzymes hépatobiliaires ainsi que l'émergence d'acné.(internet 8)

2.3.2 Transformation dans le sens homme / femme (HTM ou H/F)

3.2.1 Abolition des gonadotrophines masculines

Afin de supprimer la testostérone qui est la principale hormone masculine, plusieurs molécules sont disponibles: les analogues de la Gn-RH (déjà vu précédemment) ainsi que les anti-androgènes périphériques. Plusieurs types anti-androgènes existent:

- les stéroïdiens comme l'acétate de cyprotérone « Ce médicament contient un dérivé de la progestérone. Il a une action anti androgène: il s'oppose à l'action des hormones androgènes, essentiellement la testostérone. »(Vidal). (internet9)

- les non stéroïdiens comme le flutamide qui bloque les récepteurs au androgène ou le Finasteride (beaucoup moins efficace que le flutamide) qui inhibe la 5 alpha réductase. Cette dernière est une enzyme qui transforme la testostérone en DHT (DiHydrostérone) développant de nombreux caractères sexuels relevés chez l'homme (pilosité, taille du pénis...). (internet10)

2.3.2.2 Administration des hormones féminines

Nous retrouvons trois molécules sur le marché:

- l'éthinyl-estradiol qui est un estrogène de synthèse administrable par voie orale

- le 17 beta œstradiol: estrogène naturel

- les estrogènes équinés.

Avec les estrogènes, l'arrêt du tabac est préconisé puisque le mélange accroît de manière exponentielle le risque thromboembolique. (internet 11 et 14)

La diminution de la testostérone ainsi que l'augmentation d'estrogènes produisent plusieurs effets:

* L'adoucissement de la peau avec baisse de la pilosité.

* Diminution de la masse musculaire.

* Augmentation du volume mammaire

* Erection moins soutenue, problème d'impuissance et baisse de la libido.

* Atrophie et ramollissement des testicules qui perdent également leur couleur blanc nacré pour un gris clair.

Nous observons quelques rares effets secondaires indésirables et notamment une complication thromboembolique. Quelques études montrent des risques de cancer de la prostate et du sein mais aucune n'est déterminante.

2.4 La chirurgie de réassignation.

Avant d'évoquer les procédés chirurgicaux, un rappel embryologique est nécessaire.

2.4.1 Rappel embryologique.

Dans les techniques de chirurgie de réassignation que nous développerons ultérieurement, nous remarquons que celles-ci reposent sur l'homologie des organes génitaux externes entre les deux sexes.

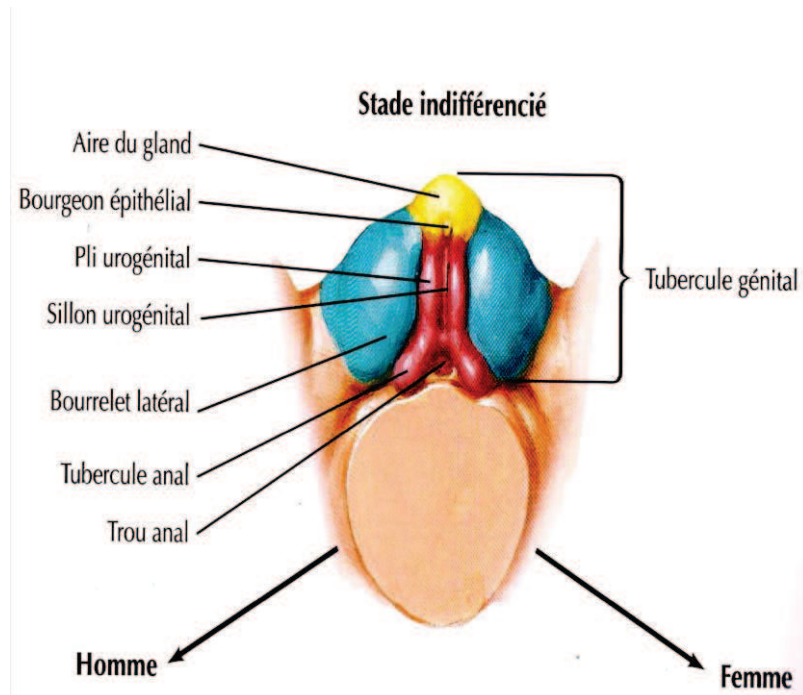


Figure 15 : Schéma de l'homologie des organes génitaux externes au stade indifférencié. (Netter)

Jusqu'à la 6^{ème} semaine de la vie embryonnaire, les organes génitaux sont indifférenciés. A partir de la 10^{ème} semaine, nous pouvons distinctement différencier le sexe de la personne (voir schéma ci-joint).

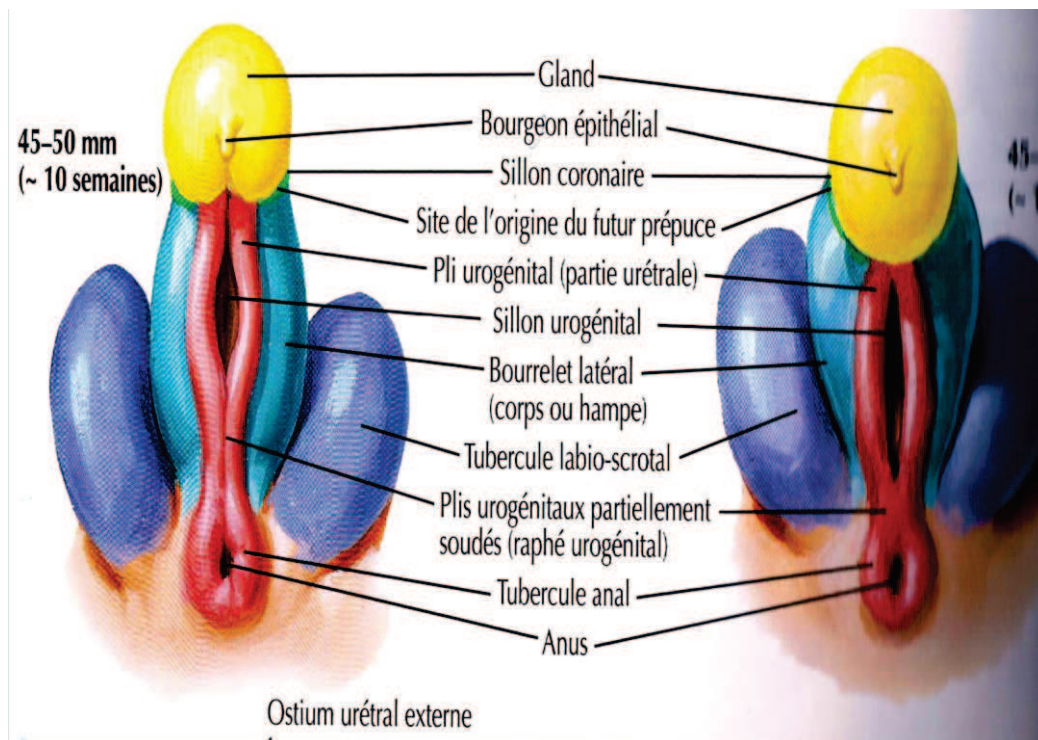


Figure 16 : Schéma de l'homologie des organes génitaux externes à la 10^{ème} semaine.(Netter)

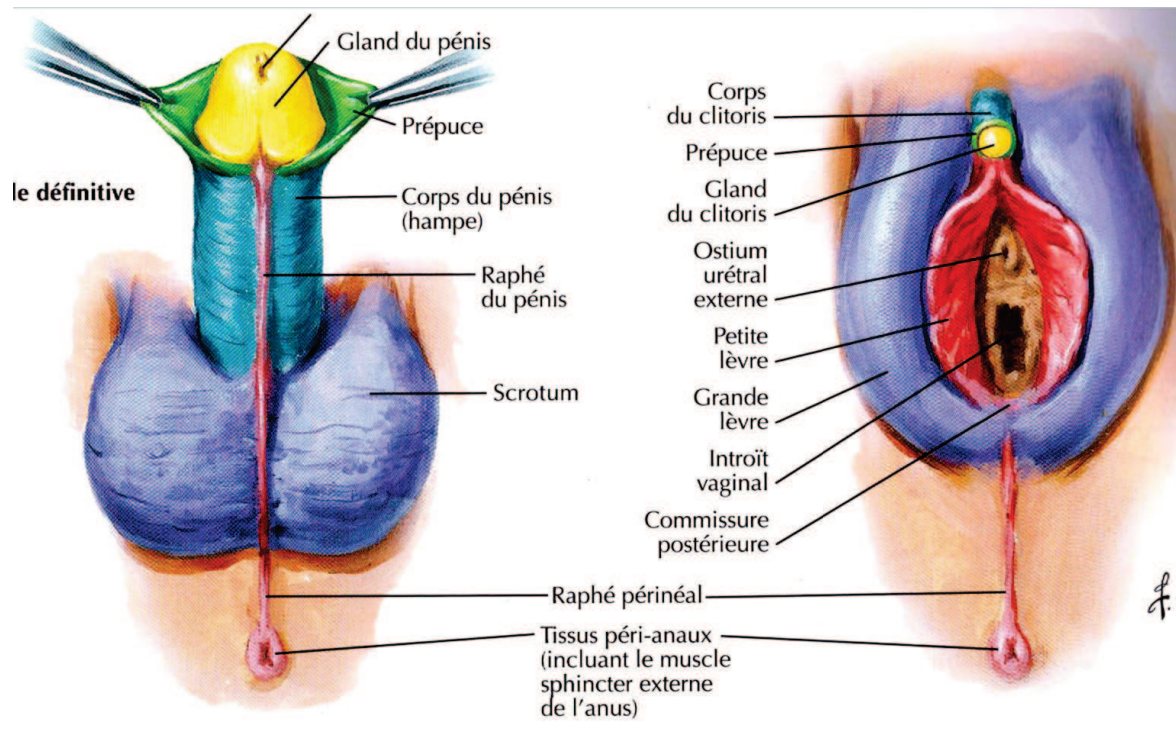


Figure 17 : Schéma de l'homologie des organes génitaux externes à la taille définitive. (Netter)

Dans ces représentations, nous pouvons relever certains rapprochements (similitudes des couleurs):

- Le gland, le prépuce ainsi que le corps du pénis sont les homologues anatomiques du clitoris.
- Le scrotum avec les grandes lèvres de la femme.
- Le raphé du pénis avec les petites lèvres.

2.4.2 Dans le sens homme /femme

2.4.2.1 La mammoplastie

La mammoplastie est bien souvent la première étape de la chirurgie. Cette dernière assez simple et réversible facilite l'introduction du patient dans la phase de l'expérience en vie réelle. L'opération consiste à implanter des prothèses mammaires derrière le muscle pectoral.

Les praticiens recommandent cette intervention après une année d'hormonothérapie sachant que l'administration d'estrogènes peut parfois suffire pour donner une poitrine satisfaisante. Cette décision est laissée à la libre appréciation du patient (Courtois, 2009).

2.4.2.2 La vaginoplastie

Il existe deux techniques de création d'un néo vagin:

- La technique appelée « du lambeau pénien inversé modifié avec greffe de peau scrotale » est parfois accompagnée d'une greffe de peau complémentaire (à défaut de peau scroto-pénienne suffisante). Celle-ci, plus couramment utilisée, sera particulièrement développée.

- La technique du segment intestinal pédiculé.

2.4.2.2.1 La technique du lambeau pénien inversé avec greffe de peau scrotale

Nous retracerons ci-après les principales étapes de cette technique observée lors d'une intervention du Dr Nicolas MOREL-JOURNEL effectuée en juillet 2012 au CHU Lyon Sud.

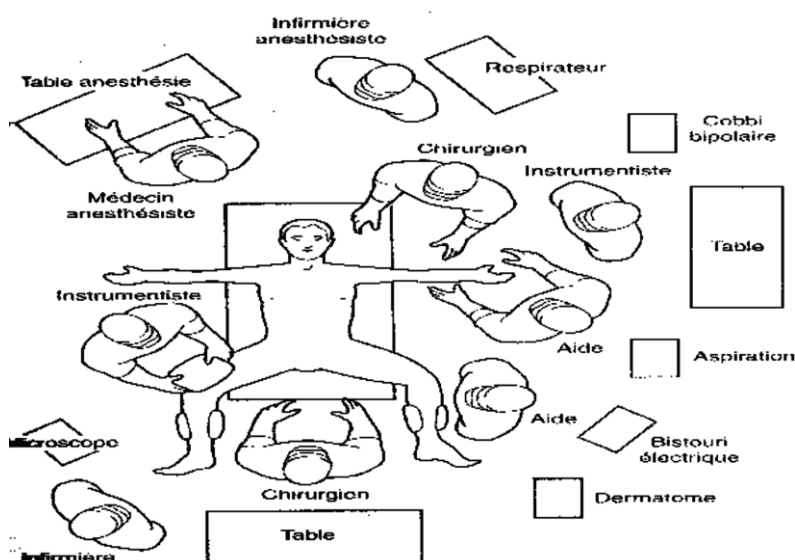


Figure 18 : Schéma de la disposition du bloc lors d'une vaginoplastie



Le Dr Nicolas MOREL-JOURNEL durant l'opération. (Figure19 : photo prise au bloc)

La patiente est sous anesthésie générale en décubitus dorsal, en quasi-position gynécologique. Les membres inférieurs reposent sur des jambières permettant ainsi au chirurgien d'être proche de la région pubienne.

La vaginoplastie est une opération lourde et complexe qui nécessite une intervention de 4 à 5 heures.

Le chirurgien marque au feutre démographique noir les endroits à inciser.



Figure 20 : Opération de réassignation sexuelle H/F



Figure 21 : Opération de réassignation sexuelle H/F

Le praticien commence à inciser au bistouri électrique.

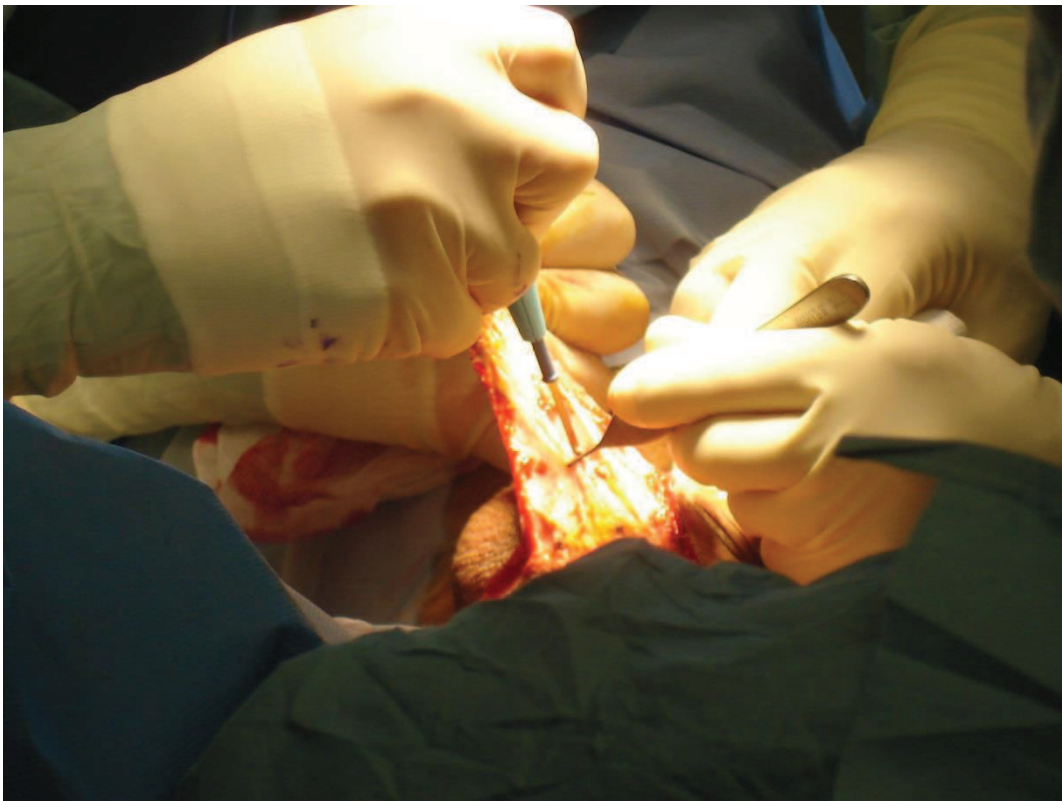


Figure 22 : Opération de réassignation sexuelle H/F

Une fois que la peau scrotale et du corps du pénis est retirée, l'assistant « dégraisse la peau » en retirant les poiles et la graisse sous cutanée.

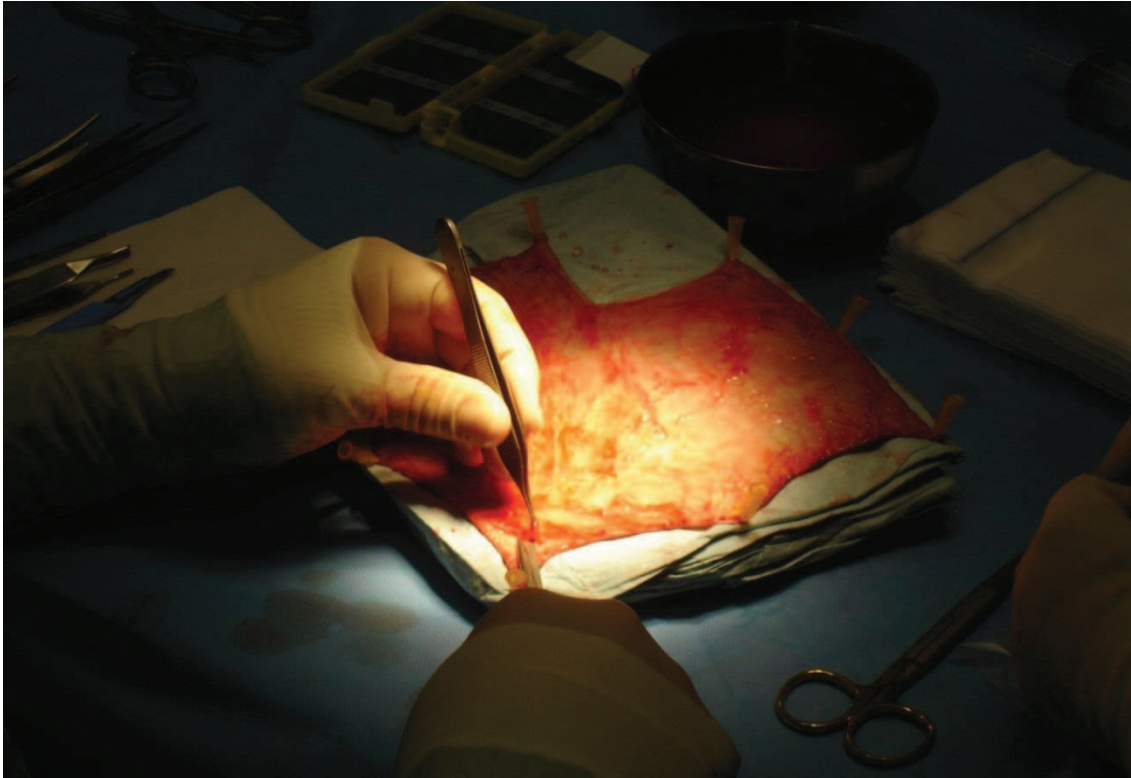


Figure 23 : Opération de réassignation sexuelle H/F

Pendant ce temps le chirurgien procède à l'orchidectomie bilatérale.

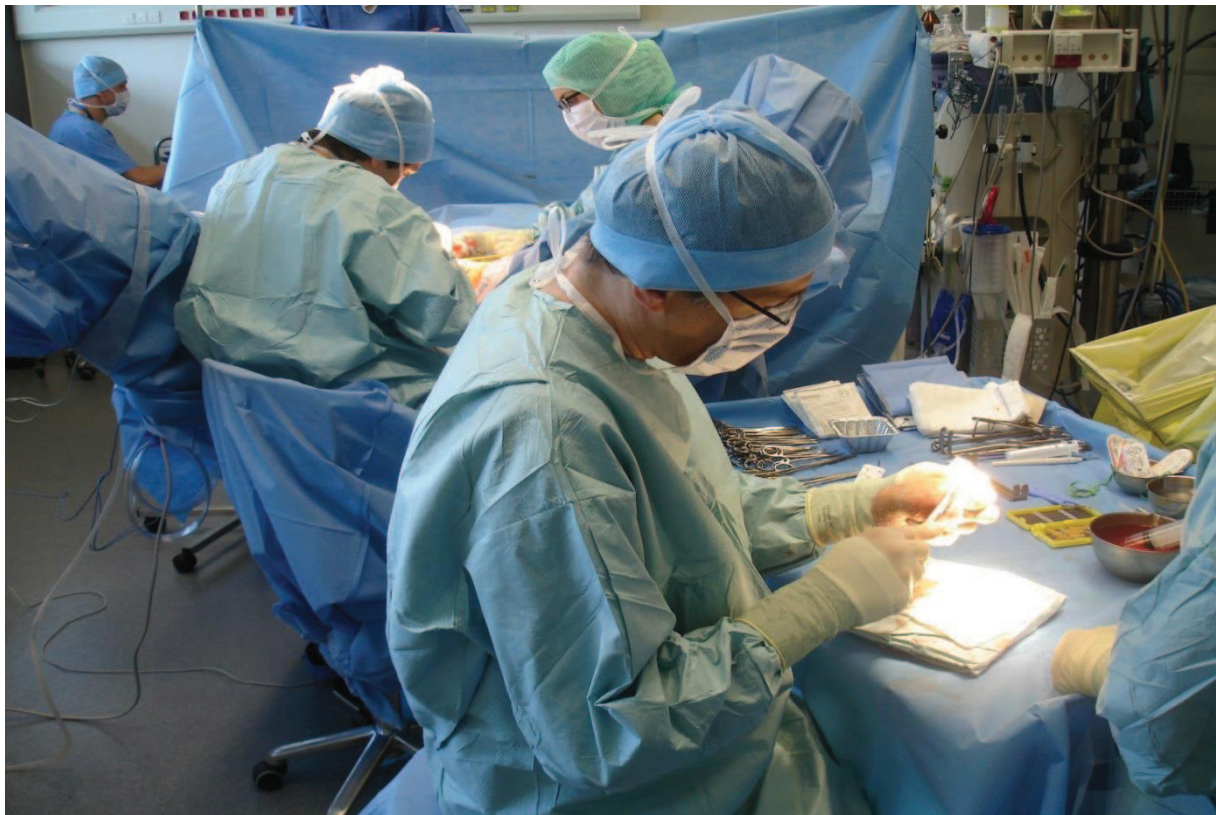
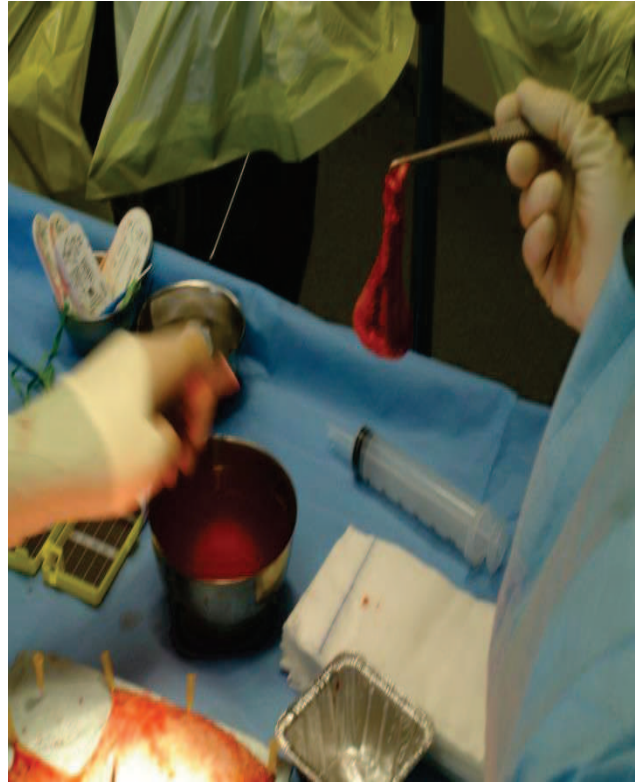
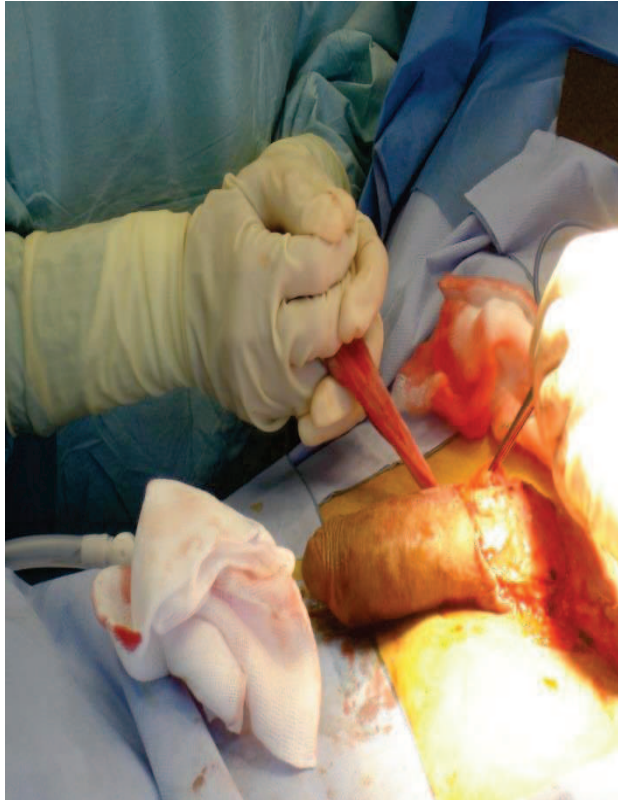


Figure 24 : Opération de réassignation sexuelle H/F



Figures 25 & 26 : Opération de réassignation sexuelle H/F

Ensuite, il procède à une résection des corps caverneux jusqu'à leur séparation en préservant l'albuginée dorsale qui sert de support aux bandelettes vasculo-nerveuses.

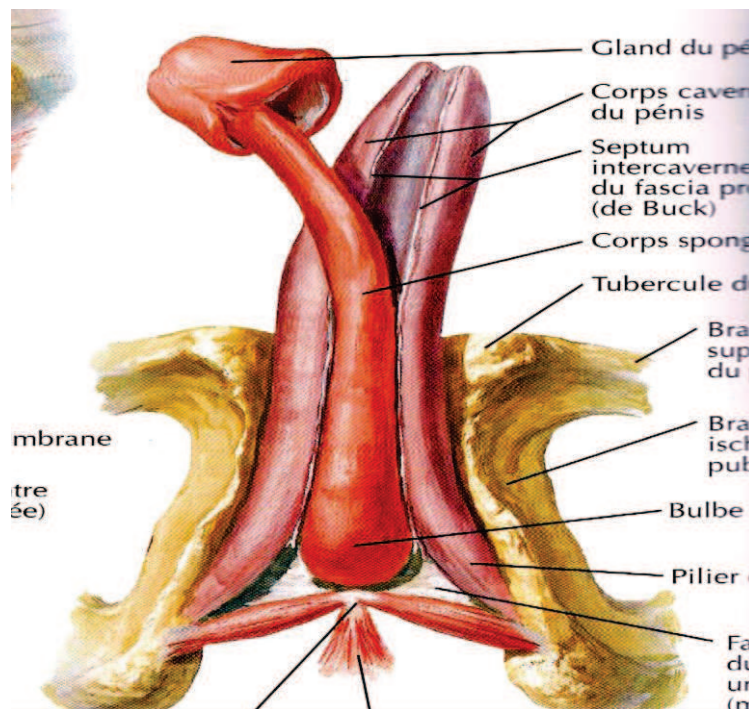


Figure 27 : Schéma du pénis. (Netter)

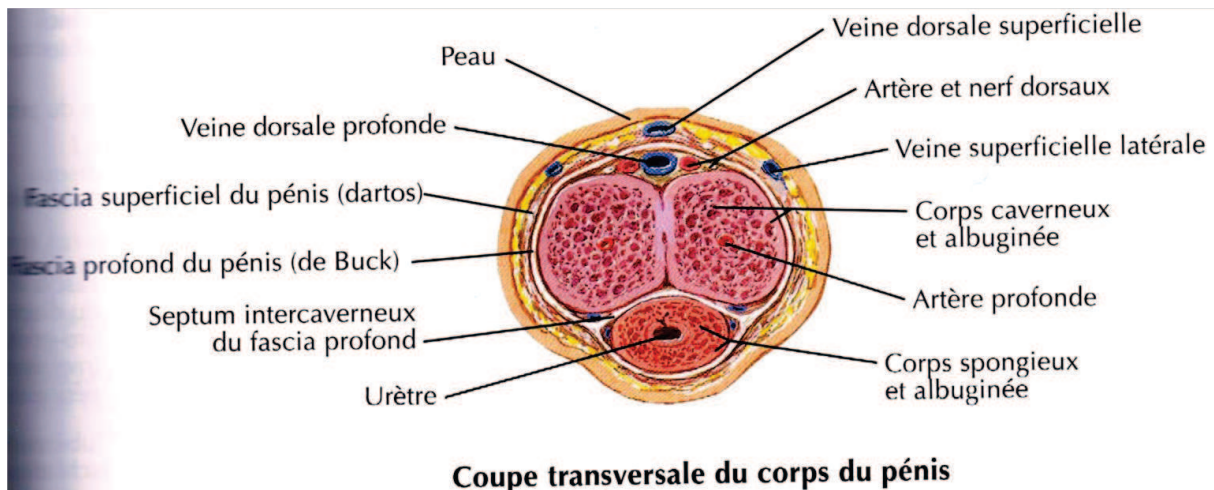


Figure28 : Schéma d'une coupe transversale du corps du pénis. (Netter).

L'albuginé des corps caverneux contient :

- les veines dorsales profondes
- les artères et les nerfs dorsaux

Dans le prolongement de l'albuginée dorsale des corps caverneux, la clitoroplastie se fait au moyen de la partie dorsale du gland (soit le quart), permettant ainsi de préserver la sensibilité tactile et érogène.



Figure 29 : Opération de réassignation sexuelle H/F

Une fois le morceau de peau dégraissé, le praticien conçoit avec ce dernier un fourreau en doigt de gant retourné formant ainsi le néo vagin. Celui-ci est inséré dans une néo cavité

formée préalablement en réalisant une dissection inter-prostato-rectale avec section partielle du releveur de l'anus.

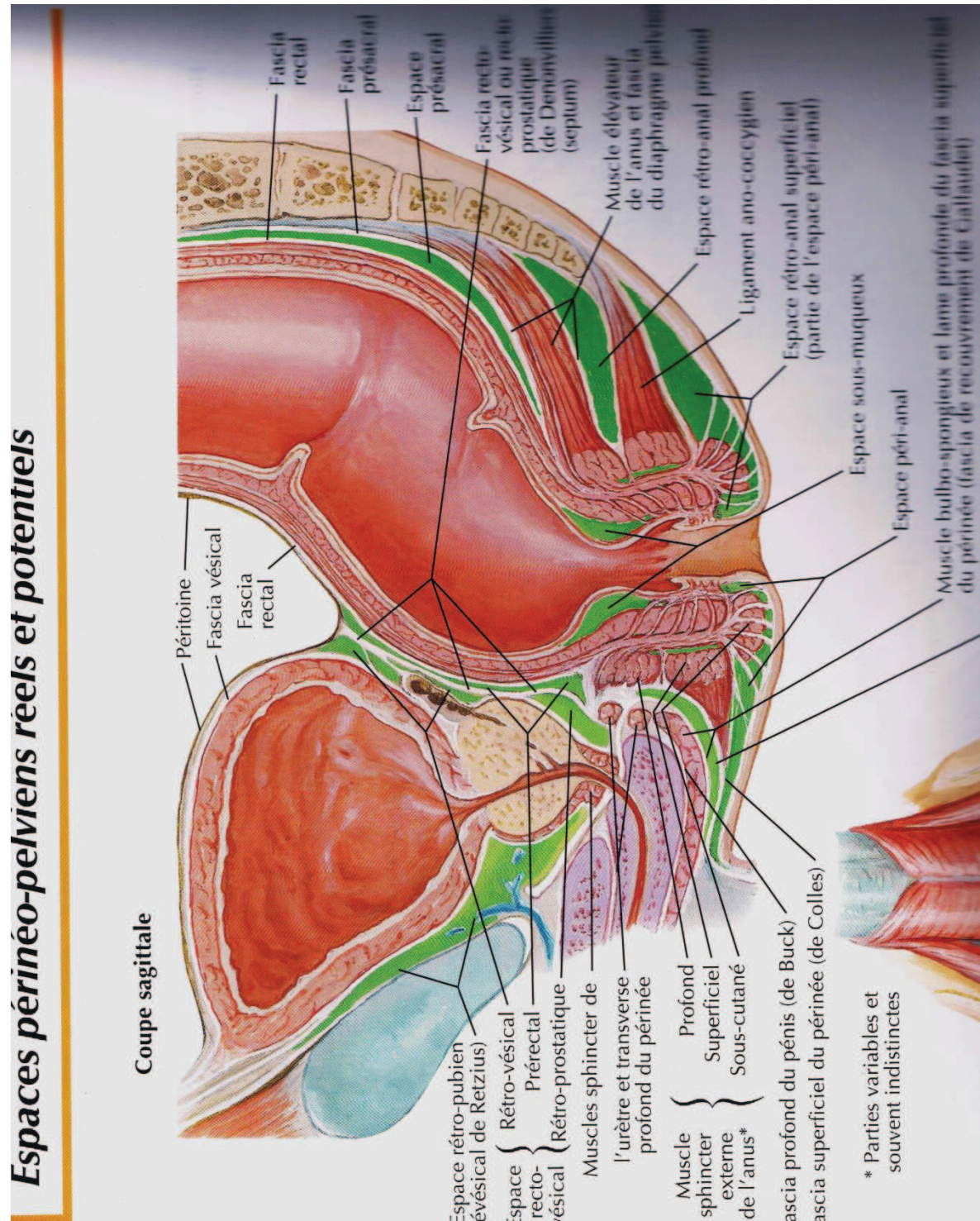


Figure 30 : Schéma montrant espace inter-prostato-rectal. (Netter).

Cette plastie peut être complétée par la technique par greffe de peau qui consiste à prendre un morceau de peau supplémentaire (si la peau pénienne et scrotale est insuffisante) pour constituer un vagin suffisamment profond.

Le vestibule et les petites lèvres sont formés grâce à l'urètre en excès. Les grandes lèvres quant à elles sont reconstituées à l'aide de la peau scrotale. Ces procédés rappellent le lien vu précédemment entre la chirurgie de réassignation et l'embryologie.

L'urethroplastie dans le cas d'une transformation homme en femme consiste à un raccourcissement de l'urètre et à la création d'un nouveau méat urinaire situé à 3 ou 4 centimètres en dessous du néo clitoris où est anastomosée la partie distale raccourcie de l'urètre.

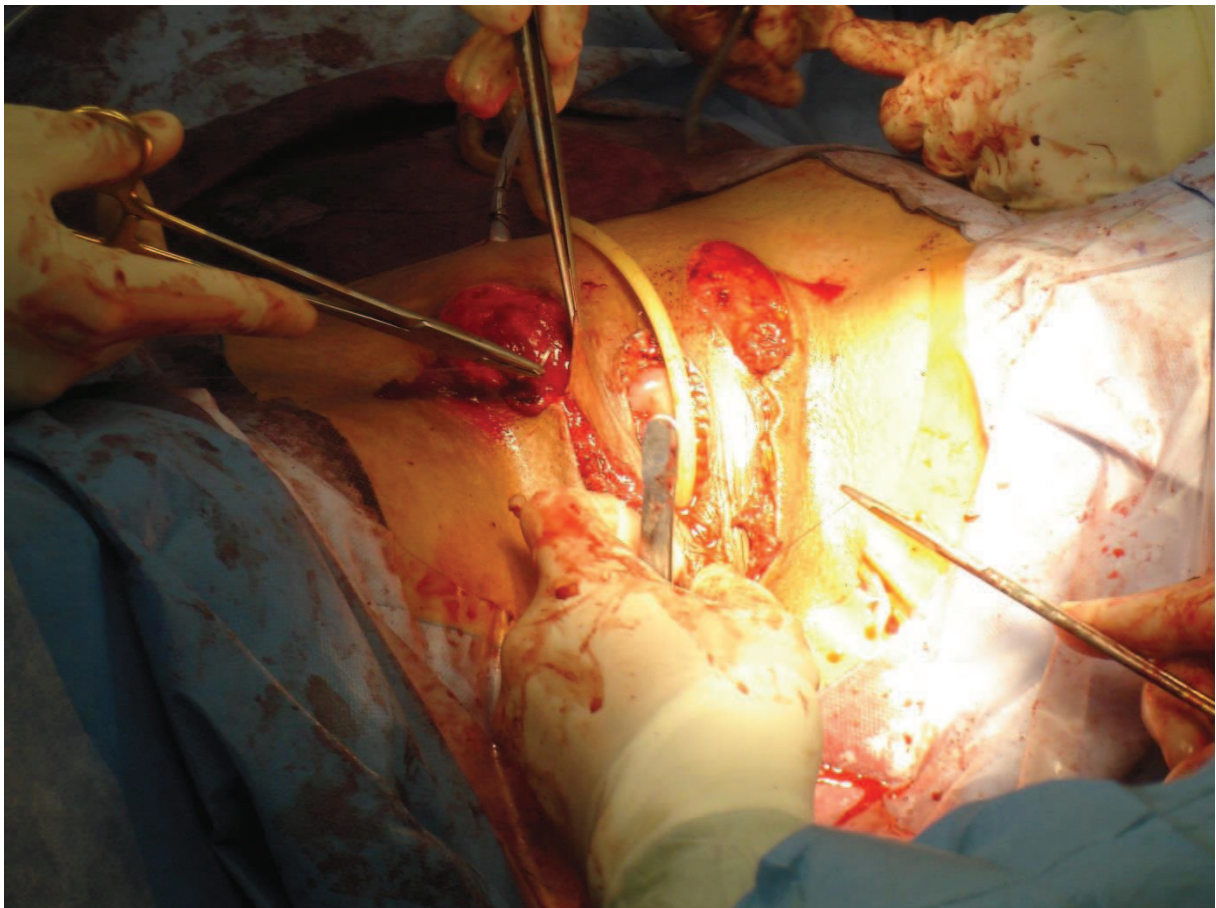


Figure 31 : Opération de réassignation sexuelle H/F

A la fin de l'opération, un conformateur vaginale est placé afin d'éviter la rétractation de cette nouvelle cavité. Des exercices de dilatation sont à faire 4 fois par jour pendant 2 mois puis réduits progressivement jusqu'au sixième mois.

2.4.2.2.2 La technique du segment intestinal pédiculé.

Au lieu d'utiliser une peau pénienne retournée pour faire le néo vagin, cette technique utilise plutôt un segment du colon sigmoïde restant vascularisé par l'artère mésentérique.

L'avantage de cette technique réside dans le fait que la patiente va pouvoir préserver, plus facilement que la technique décrite précédemment, une longueur et une largeur suffisante du vagin.

Elle comporte néanmoins de sérieux inconvénients qui en font une technique de second choix. D'une part, les complications post opératoires sont plus nombreuses. La récupération d'une portion du colon sigmoïde nécessite une dissection intra-abdominale qui peut laisser apparaître des brides intestinales. D'autre part la muqueuse intestinale, composée de cellules à mucus nécessaires pour la lubrification du colon, impose au quotidien une hygiène intime extrêmement contraignante afin de pallier l'hyper-sécrétion de mucus dans le néo vagin mais aussi à l'odeur. Cette muqueuse présente néanmoins l'avantage d'une lubrification naturelle.

2.4.2.2.3 Les risques de la vaginoplastie

Le résultat esthétique et fonctionnel sont souvent jugés satisfaisants par la patiente. Des complications d'ordre hémorragiques sont possibles durant les premiers jours ainsi que la formation de fistules recto-vaginales qui se présentent plus rarement (inférieur à 1%). Parfois, une opération supplémentaire est nécessaire afin de corriger certains défauts (HAS, 2009).

2.4.2.3 Autres opérations

Des interventions amenant davantage vers le phénotype féminin sont parfois opportunes:

- La réduction de la pomme d'Adam voire une plastie des cordes vocales avec rééducation orthophonique
- La réduction de l'angle mandibulaire
- L'épilation définitive au laser
- L'ostéotomie des arcades zygomatiques
- Le lifting du front



Figure 32 : Vaginoplastie 6 mois après la chirurgie.

2.4.3 Dans le sens femme homme

2.4.3.1 La mastectomie

Cette opération consiste en l'ablation totale et bilatérale des seins. Cette intervention est réalisée de préférence par voie péri alvéolaire afin d'éviter des cicatrices disgracieuses. La seconde technique requiert une incision horizontale sous le pli du pectoral.

2.4.3.2 Ablation des organes génitaux internes.

Ces opérations permettent de retirer l'utérus, les annexes (ovariectomie et salpingectomie), ainsi que le vagin (vaginectomie partielle). C'est la première étape de la chirurgie de réassignation qui peut se faire de manière concomitante à la phalloplastie nécessitant alors du temps supplémentaire sous anesthésie générale (Garaffa & Ralph, 2009).

Deux techniques sont possibles: la première, réalisée par voie coelioscopique, est privilégiée pour une plus grande accessibilité des ovaires. La seconde, par voie vaginale, où l'on retire l'utérus par la voie naturelle. (internet 12 et 13)

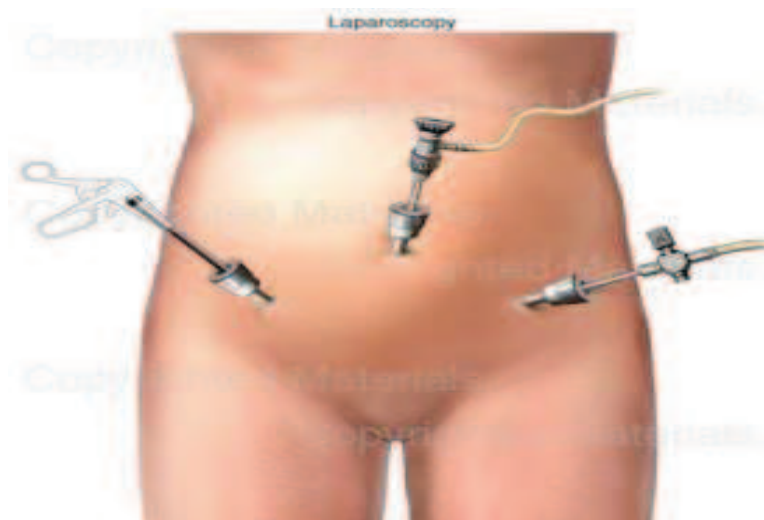


Figure 33 : Représentant la coelioscopie ([internet](#))



Figure 34 : Hystérectomie par voie basse ([internet](#))

2.4.4 La reconstitution génitale

De multiples techniques existent et sont réparties en deux catégories: la métaoïdioplastie et la phalloplastie.

2.4.4.1 La métaoïdioplastie

Après 6 mois d'hormonothérapie (testostérone), le clitoris peut être hypertrophié au point d'en faire un micro pénis (moins de 7 cm en érection). L'allongement se fait essentiellement par le désenfouissement et la section du ligament suspenseur. Une urethroplastie est possible en utilisant les petites lèvres et de la muqueuse vaginale ou buccale afin d'allonger l'urètre permettant ainsi d'uriner debout (Timsit, 2004).

Cette technique permet de limiter les cicatrices et de préserver une sensibilité érogène parfaite puisque le clitoris reste intact. Elle comporte néanmoins un inconvénient majeur : le manque de rigidité (pas de prothèse possible) et la faible taille du pénis ne permettent pas à la personne de pouvoir exercer la pénétration sexuelle.

De nouveau, le lien avec l'embryologie peut être établi. Le clitoris devient un pénis.



Figure 35 : Résultat d'une métaïdioplastie.(internet).

2.4.4.2 La phalloplastie

Cette catégorie regroupe toutes les techniques qui reposent sur l'élaboration d'une verge par un lambeau cutané accompagnée ou non d'une uréthroplastie.

Ces techniques peuvent utiliser des lambeaux supra-pubien, ceux du grand dorsal ou inguinaux soit ceux de l'avant-bras que nous développerons en raison de sa pratique répandue.

Un lambeau fascio-cutané d'une longueur d'environ 14 cm est prélevé sur l'avant-bras et constituera la taille de la verge en érection.

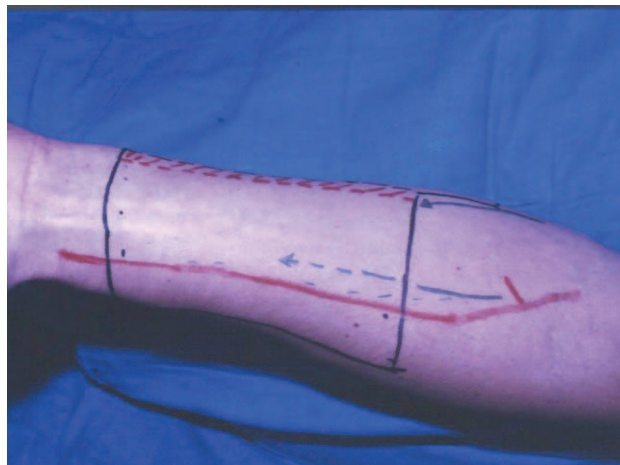


Figure 38: Avant-bras utilisé pour la phalloplastie

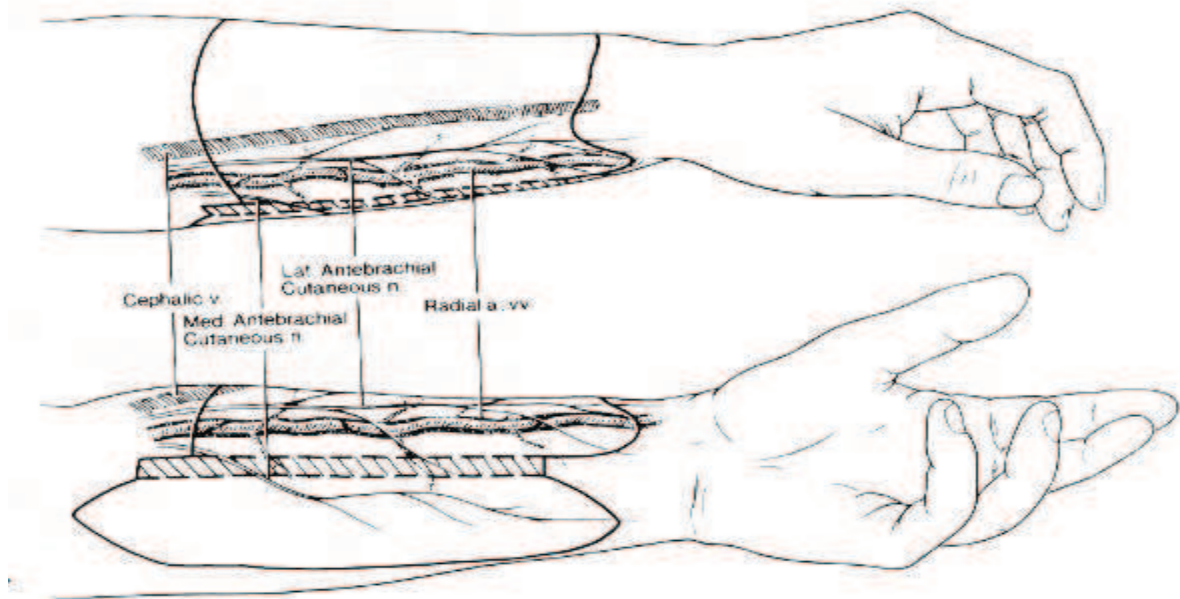


Figure 37 : Avant-bras utilisé pour la phalloplastie

Ce morceau de peau comporte 2 parties : la première située à la partie dorso radiale et comprenant l'artère radiale et la veine céphalique. La seconde plus étroite (3 centimètres) située au niveau ulnaire qui sera tubulée afin de créer la néo urètre pénienne (voir ci-dessous).

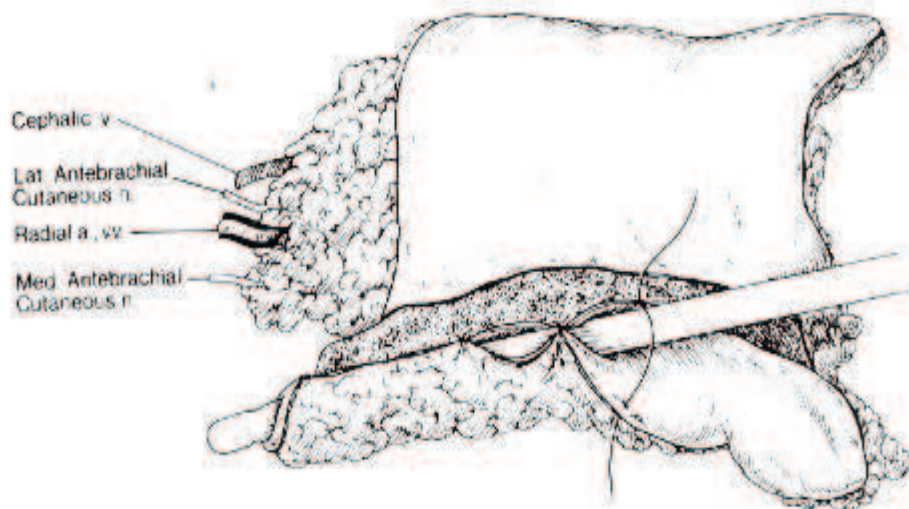


Figure 38 : Reconstitution d'un pénis

Une fois la néo-portion pénienne de l'urètre formée, on crée un tubule de nouveau à l'aide de la première partie dorso radiale du lambeau. C'est-à-dire que l'on enroulera la néo-portion pénienne de l'urètre dans ce dernier constituant ainsi le néo pénis.

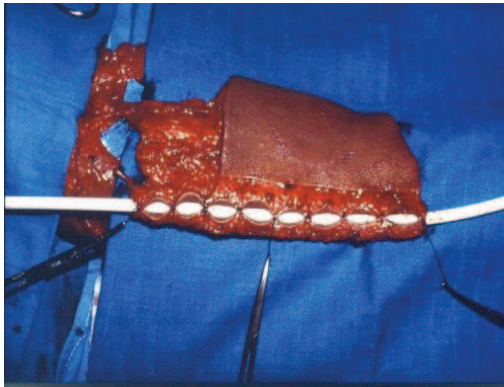


Figure 39 : Reconstitution d'un pénis



Figure 40 : Reconstitution d'un pénis

Un morceau de peau est ensuite prélevé sur la face interne de la cuisse et greffé sur le bras afin de combler le lambeau prélevé auparavant.



Figure 41 : Avant-bras après le lambeau de peau prélevé

Simultanément, on pratique une vulvectomie par une incision arciforme en U inversé pré pubien. Le meatus du vagin est fermé par une suture transversale.

Les petites lèvres sont excisées. Le clitoris est quant à lui minutieusement préservé et enfoui à la base de la phalloplastie après désépithélialisation. Ce dernier permet de garder le nerf dorsal du clitoris, branche terminale du nerf pudendaux permettant de conserver des sensations érogènes.

Les grandes lèvres seront suturées afin de former le scrotum (cf. Rappel embryologique) contenant des implants testiculaires.

La néo urètre pénienne est anastomosée à urètre bulbaire c'est-à-dire au méatus urinaire vulvaire.

Enfin, l'étape la plus délicate, la micro anastomose vasculonerveuse.

L'artère radiale est anastomosée avec l'artère épigastrique ou l'artère fémorale ou l'artère iliaque externe. La veine céphalique est reliée avec la veine saphène et le nerf musculo cutané avec le nerf dorsal du clitoris, tout cela à l'aide d'un microscope.

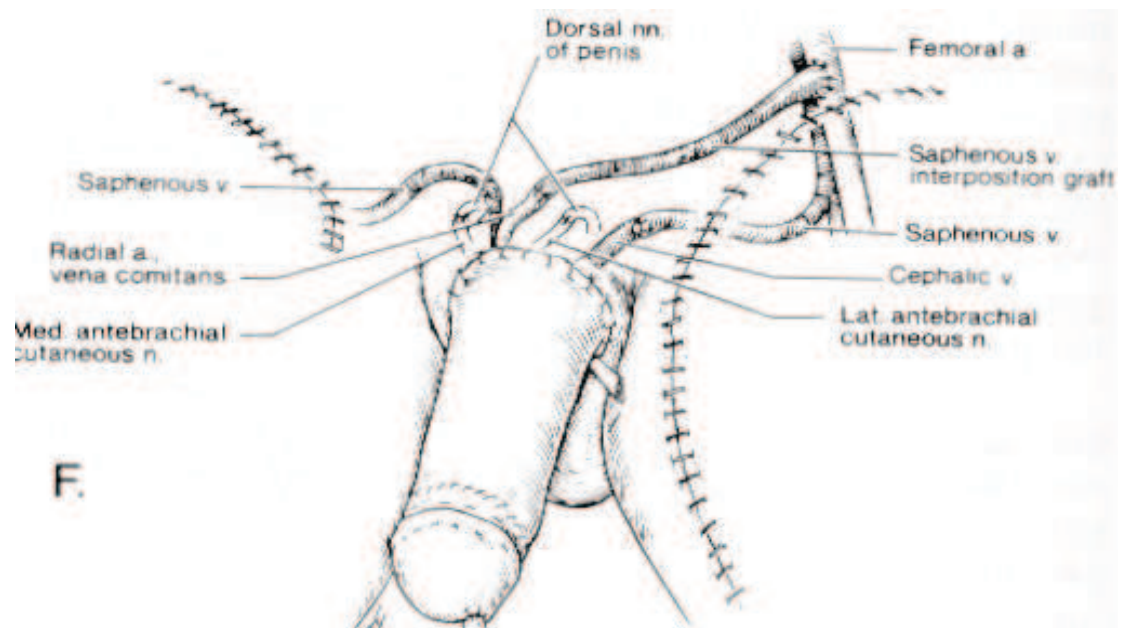


Figure 42 : Schéma de la reconstitution d'un pénis



Figure 43 : Opération de réassignation sexuelle F/H

Ainsi la greffe est en place, le patient repart avec un sexe physique mais non fonctionnel.

Afin de générer l'érection et ainsi permettre une vie sexuelle, une implantation d'une prothèse pénienne est effectuée un an plus tard. Il existe plusieurs modèles de prothèses: les rigides, les semi-rigides et les gonflables comme la dernière la prothèse ambicor.

Concernant cette dernière, elle est composée de deux parties : une pompe hydraulique dans le scrotum et un ou deux cylindres situés dans le corps pénien actionnant la pompe. La paire de cylindre se remplit de sérum physiologique mimant ainsi une érection physiologique.

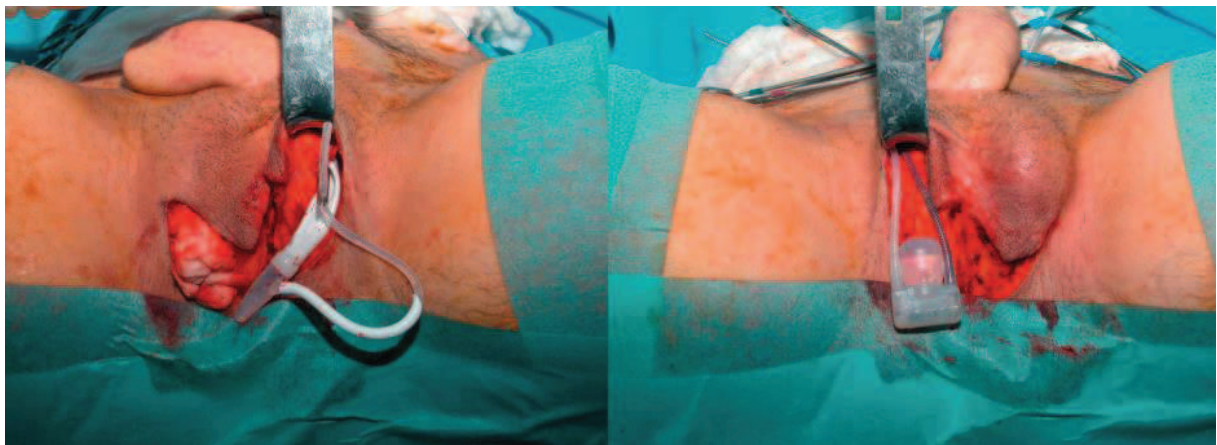


Figure 44 : Opération de réassignation sexuelle F/H

Les principales complications que nous relevons dans les 2 catégories (métaoidioplastie ou phalloplastie) sont dues à l'uréthroplastie générant souvent des sténoses et des fistules urinaires.

2.4.4.3 Autres interventions

Certains patients peuvent être amenés à rajouter des implants musculaires, faire une liposuction pour retirer la graisse génitale etc.



Figure 45: Phalloplastie 6 mois après chirurgie

2.5 Changement d'état civil

Le critère du sexe biologique a été mis à mal par deux théories:

- La théorie du gender: elle précise qu'on ne naît pas homme ou femme, on le devient. Le genre est le résultat d'une construction sociale et non un fait naturel.

-La théorie du queer : elle estime que le genre n'est même plus le résultat d'une construction sociale mais en soi une construction sociale (la notion de genre n'a pas lieu d'être, elle doit être abolie, il n'y a plus d'hommes et de femmes, il n'y a que des êtres humains).

Ces deux théories aboutissent à un relativisme absolu en matière d'attribution du sexe et avec tout régime juridique fondé sur une quelconque différence de sexe. Il y a donc à l'heure actuelle, un mouvement de déssexualisation du droit, où le sexe n'est plus vu comme un élément de l'état de la personne mais tend à être présenté comme un élément de la vie privée.

Certains transsexuels demandaient donc dans un 1^{er} temps, de changer de prénom à l'état civil, pour conformer une partie de l'état civil avec ce qu'il ressentait être. Le juge a accueilli cette demande au début des années 80 sur la base du raisonnement : finalement, ces personnes n'avaient pas forcément l'apparence de leur sexe biologique. On a admis sur la base de l'apparence sociale qu'on pouvait admettre un changement de prénom. Les prénoms choisis étaient généralement neutres: Sacha, Camille, Claude, Dominique, Kim, Maxime, Alec, Alex ou Alexis.

Une fois le changement de prénom obtenu, il reste la question de changement de sexe à l'état civil. Face à cette demande, la jurisprudence la refusa au motif de la référence au sexe biologique, position solennellement réaffirmée par la Cour de Cassation par 4 arrêts du 21 mai 1890 aux termes desquels : « même médicalement reconnu, le transsexualisme ne vaut pas un changement de sexe y compris lorsque existe un changement d'apparence résultant de traitement hormonaux ou d'opération chirurgicale». En effet, le raisonnement de la Cour de Cassation était d'affirmer qu'en matière de transsexualisme, on était dans le domaine de l'anormale. A cette époque le transsexualisme relevait de la maladie psychique.

La question que les juristes se posaient était de savoir s'il fallait accompagner le malade dans sa pathologie ou bien tout simplement refuser de modifier l'un des fondements de la société. A priori, la loi n'étant pas faite comme un traitement médical, la Cour de Cassation a donc refusé de prendre en compte la requête de ces patients (Buffelan-Lanore, 2009).

La Cour de Cassation annonce que: « le transsexualisme, même quand il est médicalement reconnu, ne peut s'analyser en un véritable changement de sexe. Le transsexuel, bien qu'ayant perdu certain caractère de son sexe d'origine, n'a pas pour autant acquis ceux du sexe opposé». C'est donc à ce stade la réalité biologique qui prime encore.

Néanmoins, les transsexuels déposèrent une requête devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme sur le fondement d'une atteinte à la vie privée, (article 8 de la CEDH).

La Cour Européenne des droits de l'homme par un arrêt du 25 mars 1992, décida de faire droit aux requérants, l'argument ne portant plus sur l'intangibilité de l'état des personnes mais sur le préjudice né de la différence entre l'apparence de la personne et son état civil. En effet, pour cette Cour, ce préjudice porte atteinte à la dignité de la personne dans sa vie privée. La France ayant été condamnée, le législateur décida de changer la loi (Cornu, 2007).

« Lorsque, à la suite d'un traitement médico-chirurgical subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome du transsexualisme ne possède plus tous les caractères de son sexe auquel correspond son comportement social, le principe du respect due à la vie privée justifie que son état civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence (...) le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes ne fait pas obstacle à une telle modification».

On considère qu'à l'heure actuelle, la référence au sexe biologique est la norme. Par exception, dans le seul cas des transsexuels, la référence se porte sur le sexe psychologique.

Seuls les transsexuels font exception à 3 conditions :

-le demandeur doit avoir subi un traitement médico-chirurgical dans un but thérapeutique

-il ne doit plus posséder tous les caractères de son sexe d'origine

-il doit avoir pris une apparence physique le rapprochant de l'autre sexe et avoir le comportement social de l'autre sexe.

Le mariage du transsexuel a été admis par la CEDH, arrêt du 11 juillet 2002 : « un transsexuel pouvait se marier avec une personne de même sexe biologique».

Concernant les changements de sexe après mariage avec enfant, le changement de lien de filiation reste encore vague.

Enfin un décret du 8 février 2010 sous l'égide de la ministre Roselyne Bachelot, vient ôter les troubles précoces de l'identité de genre de la liste des affections psychiatriques de longue durée.

Nous voyons à travers la justice que la société fait preuve de plus en plus d'empathie et de décentement. En pratique, la problématique actuelle est la difficulté d'obtention du changement d'état civil qui se traduit par une vie sociale compliquée durant le temps d'attente entre l'apparence et l'état civil inchangé.

2.6. Le suivi psychologique

Depuis la phase diagnostic jusqu'à la période post opératoire, un suivi psychologique est proposé pour faciliter le bon déroulement du changement. A ce stade, nous pourrions nous interroger sur l'effet bénéfique d'une chirurgie de réassignation et poser la question : peut-on choisir entre cure de l'âme et cure du corps? Dans la pratique, la prise en charge hormono-psycho-chirurgicale améliore sensiblement la psychologie, l'affect et le comportemental.

Ce suivi doit être indépendant de la phase psycho-diagnostic de la maladie et doit rester un accompagnement, un soutien psychologique. Le transsexualisme peut engendrer une grande détresse psycho-sociale, une vulnérabilité extrême, mettant certains patients en danger (suicide, dépression). La psychanalyse est d'autant plus justifiée en phase post opératoire car les résultats sont parfois mal perçus par le patient au regard des images idéalistes qu'il se fait à l'idée de cette transformation.

Une relation basée sur la confiance entre le patient et le psychothérapeute est la condition indispensable pour une transformation réussie.

L'hormonothérapie et la chirurgie engendrent une transformation physique surprenante bien que désirée. Pour cela, un suivi psychologique s'impose. Il permet d'aider les patients à se confronter à leur nouveau corps, à surmonter les regards et les commentaires de leur entourage puis à les intégrer et à s'épanouir dans une nouvelle vie sociale avec leur nouveau corps.

Il est important de considérer la singularité de chaque individu durant la procédure de changement de sexe. L'entourage, ainsi que lui-même, doivent comprendre que la transformation est principalement physique. C'est en quelque sorte une réparation de la nature libérant l'individu emprisonné dans un corps étranger et permettant une adéquation entre le corps et le psychisme.

L'apparence physique est la première perception que nous donnons aux autres. Elle génère un jugement extérieur qui influe forcément sur la perception que nous avons de nous même puisque «l'homme est un animal social» (Aristote, Ethique à Nicomaque).

Le regard que la société porte sur les transsexuels les affecte considérablement. Pour exemple, peu de personnes font véritablement la différence entre travestissement et transsexualisme. Bien souvent l'homo sexualité et le VIH sont mêlés au transsexualisme. La méconnaissance entraîne la peur et la méfiance qui alimentent les préjugés.

PARTIE 3 :

Le transsexualisme face à la société

3.1. La perception du transsexualisme par la société française

Nous choisissons, comme sujet d'étude, la société occidentale française car c'est celle dans laquelle nous évoluons et sous laquelle nous évoquerons les droits des patients souhaitant changer de sexe.

3.1.1. Le transsexualisme dans l'actualité

L'identité de genre est un sujet de société que l'on pense maîtriser par l'intermédiaire de la lecture d'articles de presse, de ce que nous voyons à la télévision à travers des reportages ou en écoutant les idées reçues sur le transsexualisme.

L'actualité, véhiculée par les médias, tient une place essentielle dans notre société. En effet elle contribue largement à l'image que nous nous faisons de sujets que nous connaissons peu.

La surmédiation du transsexualisme a longtemps été source de malentendus et de confusions (longtemps amalgamé à une maladie mentale, à un trouble de la sexualité). Cela a entraîné une vague de méfiance voire même de répulsion, à l'égard de ces patients, de la part du public, mais également de la part des professionnels de la santé, qui n'étant pas souvent confrontés à ces sujets, se posaient beaucoup de questions quand à leur prise en charge.

Aujourd'hui, le transsexualisme suscite encore de vives interrogations mais le mal-être des patients commence à être compris.

La presse a participé à véhiculer des préjugés concernant le transsexualisme. Le plus connu de tous concerne la prétendue homosexualité des sujets transsexuels. Ce préjugé, encore assez courant, est en étroite corrélation avec la distinction entre le genre et le sexe. Une personne homosexuelle par exemple, s'identifie comme étant un homme à part entière et ne souhaitant pas changer de sexe ; il se sentira homme dans sa relation avec un autre homme.

Ceci n'est pas le cas de la personne transsexuelle qui ne se sent pas habité par le genre qu'on lui a attribué à la naissance. Un femme souhaitant devenir un homme se voit comme étant un homme et a le besoin d'entrer en relation avec autrui comme étant homme. Ceci est valable quelque soit son orientation sexuelle. La presse est désormais vigilante à ne pas relayer ce genre d'opinion.

De plus, elle évoque les propos des politiques au sujet du transsexualisme.

Récemment, un article dans la revue L'Express (Saget, Mai 2009), rapporte la décision prise par Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la santé. Cette dernière a saisi la Haute Autorité de la Santé afin de déclassifier le transsexualisme des maladies psychiatriques. La France fut d'ailleurs le premier pays à entamer cette démarche.

La presse dénonce unanimement, en Août 2011, la lettre écrite au ministre de l'Education nationale, Luc Chatel, par 80 députés de l'UMP. Ces derniers réclamaient le retrait de manuels scolaires Hachette, Hatier et Bordas de science et vie de la terre, de niveaux premières ES et L, qui évoquaient la théorie du genre à travers l'identité sexuelle (internet 5).

Le journal quotidien 20 minutes, à Lyon, rapporte dans son numéro du 5 septembre 2012, dans sa rubrique *faits divers* le parcours d'un professeur qui a effectué une opération de changement de sexe pendant les vacances scolaires d'été. L'emplacement de cet article est quelque peu étonnant. En effet, il est situé au-dessus d'un article sur le viol d'un enfant par sa professeure. Ceci démontre que le transsexualisme revêt pour la presse, et par extension pour la société, un caractère exceptionnel en faisant un fait divers (iconographie, annexe 1).

D'autre part, la marque d'alcool Campari, a choisi de mettre en scène une publicité évoquant, avec respect et tolérance, le transsexualisme. On y voit deux sujets : l'un ayant l'apparence d'une femme et l'autre d'un homme. A la fin de la publicité, il s'avère que l'individu ayant l'apparence d'un homme est une femme et vice-versa. On se laisse en quelque sorte « piéger » par les apparences.

Ainsi, la volonté de changer de sexe n'est plus un sujet tabou et est présenté sous un jour moins provoquant par les médias. Ceci a participé à changer la vision de la société sur ces patients.

3.1.2. L'intégration socio-professionnelle

L'intégration du troisième sexe constitue une lutte dans les sociétés occidentales. En effet, même si l'opinion publique a connu une évolution notable, la situation des patients transsexuels les fragilise et peut conduire à leur marginalisation.

La société conserve une part de gêne à l'égard du transsexualisme. Cela peut être dû à la primauté de la morale judéo-chrétienne ou encore à la peur de l'inconnu.

Le GRETIS, Groupe de Recherche et d'Etude des Trouble de l'Identité Sexuelle, est une équipe de professionnels de la santé ainsi que de juristes et d'avocats qui suivent les procédures médicale et juridique des patients transsexuels dont ils s'occupent. Leur questionnaire sur la qualité de vie des patients opérés et des patients non opérés, nous ont permis d'établir les observations suivantes.

3.1.2.1. L'intégration sociale

Sur 9 patients opérés, 5 ont connu des problèmes d'intégration avant la prise en charge médicale et juridique. Par la suite, seuls 3 patients sur 9 ont toujours des difficultés d'intégration sociale. Ces difficultés sont liées à la densité de population trop faible sur le lieu d'habitation, ce qui conduit à la connaissance de tous de la situation du patient transsexuel.

En ce qui concerne les relations familiales, après avoir débuté la prise en charge thérapeutique, le soutien s'améliore. Il est rare que les familles rejettent le sujet ayant subi l'opération de changement de sexe. Toutefois, les patients non opérés rencontrent plus de difficultés et certains sujets de cette étude ont même été rejetés de leur milieu familial.

Les relations amicales s'améliorent également avec la prise en charge du patient souhaitant changer de sexe. On observe que cette amélioration est en grande partie due à un rétablissement et une ouverture aux autres du patient dès le début du traitement hormonal.

Les relations sentimentales sont très souvent liées aux relations sexuelles. Les relations sont plus stables après l'opération de changement de sexe. Néanmoins, il paraît important de souligner la fréquence de l'absence de relations sentimentale et sexuelle dès le début du traitement.

3.1.2.2. L'intégration professionnelle

L'intégration professionnelle reste la plus difficile durant le parcours de changement de sexe.

En France, le changement d'état civil ne s'effectue qu'à partir de l'opération de réassignation sexuelle. Ainsi, l'employé(e) qui souhaite changer de sexe, devra en informer son directeur, ses collaborateurs, ses contacts professionnels et affronter le regard des autres au courant de cette situation.

De plus, le transsexualisme est parfois source de discrimination. Le reportage du 30 Juin 2008 sur le « troisième sexe », issu de l'émission de télévision C dans l'air sur France 5, rapporte le cas d'un directeur financier licencié pour « manquement professionnel » à la suite de son opération de changement de sexe. Le patient a conduit cette affaire aux Prud'hommes et à emporté une victoire judiciaire inédite pour motif de discrimination.

Ainsi, les efforts de la société pour intégrer le transsexualisme constituent une lutte permanente contre les idées préconçues. L'intégration sociale connaît une amélioration notable, tandis que l'intégration professionnelle reste encore difficile.

3.1.3. Le transsexualisme et le droit en France

L'attribution du sexe à la naissance d'un enfant revêt un caractère médical et juridique mais également religieux. La communication entre la Science et le Droit est alors compliquée : quand la médecine considère en priorité le bien-être de ses patients, la justice doit veiller à conserver l'harmonie sociale.

Dans le cas du transsexualisme, la possibilité de changer de sexe peut perturber les fondements de la société. Les conséquences sont si importantes qu'il est impossible de permettre le changement d'état civil sans réglementation.

Le corps médical a d'abord demandé que la prise en charge thérapeutique, c'est-à-dire le traitement hormonal et le traitement chirurgical, soient considérés comme légitimes. Ensuite, les médecins ont fait appel à la loi pour que le changement de sexe puisse s'accompagner d'un changement d'état civil. Effectivement, la majorité d'entre eux pensent qu'il s'agit d'un véritable complément de soin. Le bien être des patients passe par cette reconnaissance juridique qui correspond à une réelle reconnaissance sociale.

3.1.3.1. L'évolution juridique

Depuis une vingtaine d'années, les progrès de la chirurgie permettent aux patients qui ont le sentiment inébranlable d'appartenir à un sexe social qui ne correspond pas à leur sexe biologique, d'obtenir une rectification grâce à un traitement hormono-chirurgical. Les patients demandent alors également un changement d'état civil.

Auparavant, la correction de la mention de sexe et du prénom dans l'état civil était autorisée s'il existait une malformation, si le sexe n'avait pas pu être déterminé à la naissance. Toutefois, cela représentait des cas exceptionnels.

La justice a longtemps refusé de modifier l'état civil invoquant le principe d'indisponibilité : la modification du sexe physique ne correspond pas pour eux à une modification réelle du sexe car le sexe chromosomique reste inchangé.

Les arrêts du 21 mai 1990, de la Cour de Cassation, réaffirment cette prédominance du sexe biologique sur le sexe social. Seul le sexe chromosomique est considéré et il est écrit que « le transsexualisme même médicalement reconnu ne peut s'analyser en un véritable changement de sexe susceptible de justifier une rectification d'état civil de l'intéressé, celui-ci, qui a perdu certains caractères de son sexe d'origine n'ayant pas pour acquis ceux du sexe opposé ».

C'est alors que les patients transsexuels justifient leur requête par l'alinéa 1 de l'article 8 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales de novembre 1950 : « toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale ».

La Cour de Cassation refuse cet argument et la Cour Européenne des Droits de l'Homme demande à la justice française d'être plus souple en ce qui concerne la modification d'état civil des patients ayant subi une opération de changement de sexe.

La Cour de Cassation modifie sa jurisprudence de 1975, évoquant l'indisponibilité de l'état de la personne, après la condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en mars 1992 suite à l'affaire Botella.

Après dix-sept années de lutte, le 11 décembre 1992, la Cour de Cassation autorise la modification de l'état civil car « le principe du respect dû à la vie privée justifie que son état civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence. Le principe d'indisponibilité de l'état des personnes ne fait pas obstacle à une telle modification ».

3.1.3.2. Les critères de la reconnaissance juridique du transsexualisme

L'état des personnes (nom, prénom, sexe...) est partie intégrante de la vie des individus et il n'est pas possible de laisser ces derniers les rectifier selon leur gré. Il est donc paru important de définir des conditions de reconnaissance des patients transsexuels afin de leur accorder un changement d'état civil.

Ces conditions sont à la fois objectives et subjectives :

-le patient ne peut demander une modification de son état civil que si son transsexualisme est reconnu médicalement et que s'il a subi une opération chirurgicale de réassignation sexuelle.

-le sujet devra également avoir une apparence physique et un comportement social en accord avec le sexe qu'il revendique.

3.1.3.3. Les conséquences de la reconnaissance juridique du transsexualisme

Le statut du sujet transsexuel correspond alors à celui revendiqué : le patient peut changer de prénom et les documents administratifs sont modifiés. Seul l'acte de naissance mentionne le changement de sexe, mais, dans la vie quotidienne ceci n'est pas remarqué puisqu'on tient compte des extraits qui reflètent la situation actuelle (passeport, carte d'identité etc).

L'intéressé a ensuite le droit de se marier dans la mesure où il épouse un individu de sexe opposé. En effet, le mariage est considéré, par le code civil, comme correspondant à l'union de deux personnes de sexe différent. La difficulté se présente lorsque le sujet était marié avant l'intervention. Si l'on admet que le mariage a été célébré avant l'opération, il est conforme à la loi française car ce sont deux personnes de sexes différents qui s'étaient unies. Toutefois, le patient transsexuel insiste sur la volonté d'être reconnu comme appartenant entièrement au sexe social qu'il a choisi. Cela reviendrait à accepter un mariage homosexuel. La jurisprudence française est donc actuellement face à des problématiques devant lesquelles il est difficile d'élaborer des réponses.

D'autre part, si un couple, dont l'un des époux a subi une opération de changement de sexe, souhaite adopter, cela est possible. Les conditions requises sont que la conversion sexuelle soit reconnue comme réussie par les enquêtes sociales et que le couple présente l'intégralité des garanties pour accueillir l'enfant.

Ainsi, la démarche juridique de modification d'état civil correspond à une véritable étape de la procédure de changement de sexe. Cette rectification est considérée comme un complément du soin médical par les professionnels de la santé ainsi que par les patients.

La modification de l'état civil est maintenant autorisée en France après l'intervention de la Cour Européenne des Droits de l'Homme et sous certaines conditions. Ces conditions jugent l'adéquation du patient avec le sexe qu'il revendique.

Cette évolution juridique participe à une véritable reconnaissance sociale : si le sexe revendiqué est reconnu par la loi, c'est un pas pour qu'il soit reconnu par la société.

3.1.4. Le transsexualisme dans le Code de Déontologie Médicale

Aux yeux des médecins, le transsexualisme est une maladie qui nécessite une prise en charge thérapeutique et les problèmes qu'ils posent ne peuvent être résolus par la simple voie législative ou par l'audimat. Pour les médecins, ces sujets nécessitent du cas par cas.

Bien que le transsexualisme ne soit pas abordé explicitement dans le Code de Déontologie Médicale, certains articles peuvent être concernés par ce sujet.

Par exemple, dans l'article 2, il est dit que « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ». Ainsi, si le diagnostic de transsexualisme est établi le médecin doit faire tout ce qui est en son pouvoir afin d'aider son patient.

La médecine, en justifiant les opérations de changement de sexe et en considérant la transidentité comme un syndrome, participe à l'acceptation sociale des individus transsexuels. Le corps médical est dans le devoir d'aider au mieux ces patients qui souffrent d'une incompatibilité entre leur regard sur eux-mêmes et le regard de la société sur eux.

3.2. Le ressenti du transsexuel face au regard de la société

Nous tenons à rappeler la singularité de chaque individu. Il est donc difficile de décrire le ressenti du transsexuel face au regard de la société. Il faudrait chimériquement recueillir les témoignages de chacun d'entre eux. Nous pouvons néanmoins témoigner d'un certain nombre de ressentis communément admis relatés dans divers sondages, des forums internet et des brochures d'associations transsexuelles.

3.2.1 Les associations transsexuelles

Ces dernières ont été instituées afin de protéger l'individu et de dénoncer la transphobie. Elles se mobilisent pour porter les requêtes, les revendications et les sentiments émanant d'une communauté minoritaire.

Voici ci-dessous quelques associations françaises:

- Chrysalide, Lyon - chrysalidelyon@yahoo.fr - <http://chrysalidelyon.free.fr/>
- OUTrans, Paris - contact@outrans.org - <http://www.outrans.org/>
- C'est pas mon Genre, Lille - cpmg59@gmail.com - <http://www.cestpasmongenre.com/>
- Pink Freak'X, Montpellier - pinkfreak.x@gmail.com - <http://pinkfreakx.e-monsite.com/>
- STS, Strasbourg - sts67@sts67.org - <http://www.sts67.org/>
- Les Autres Genres, Nantes - info@clgbt-nantes.fr - <http://www.transidentite.fr/>
- CARITIG, Paris - caritig@caritig.org - <http://www.caritig.org/>
- GEsT, Montpellier - contact@transidentite.fr - <http://www.transidentite.fr/>
- ORTrans (ex-ASB), Paris - contact@ortrans.org - <http://www.ortrans.org/>
- Mutatis Mutandis, Bordeaux - mutatis@wanadoo.fr - <http://www.mutatismutandis.info/>
- Commission trans d'Act up, Paris - helene.hazera@free.fr
- PASTT, Paris - pastt@hotmail.fr
- Trans sortant de l'ombre - Nîmes - tsdo30@gmail.com
- Couleurs Gaies, Nancy - couleursgaies@hotmail.com - <http://www.couleursgaies.org/>
- ETT, Tours - ett37@free.fr - <http://ett37.free.fr/>
- Trans Aide, Nancy - info@trans-aide.com - <http://www.trans-aide.com/>

-ABC, Paris (plusieurs antennes en France) - <http://www.abcfr.org/>

La grande majorité de ces associations militantes est à l'image de l'association Chrysalide qui se présente comme « *une association militante faite par et pour des personnes transsexuelles, transgenres, intersexes, travesties ou qui se sentent proches des questions trans. Nos buts sont la diffusion d'informations sur la transidentité, la lutte contre la transphobie, la collaboration avec des partenaires sociaux et médicaux, et la tenue de permanences mensuelles de soutien.* »

3.2.2 Les forums et sites de témoignages transsexuels

Ils permettent à chacun de raconter son expérience de manière anonyme ou non, de partager ses connaissances et ses ressentis. Voici un extrait : « A toutes les filles qui vont être entre ses mains bientôt (coucou Andreea), partez sereine, vous avez la chance d'être entre les mains d'un chirurgien extraordinaire. »(Forum itrans). Ils permettent aussi de se confier, de partager sa solitude et de chercher du réconfort auprès d'autres personnes qui ne les jugeront pas : « j'ai croisé des regards qui en se posant sur moi, insistaient impudiquement en me balayant de bas en haut. » (Forum sans contre façon).

Liste de quelques forums français:

-Fabulou Gonzesses

-FtM,parent et Co

-FtM-transsexuel

-FtM variations

-Groupe d'étude sur la transidentité

-i-trans

-sans contre-façons

-Syndrome de Benjamin

3.2.3 Témoignages de transsexuelles

Afin de rester objectif, il est bon de garder en mémoire le fait que d'une manière générale l'être humain parle bien plus quand ça ne va pas. Comme dit le philosophe Alain « Le pessimisme est d'humeur ; l'optimisme de volonté ». Bien souvent les témoignages s'articulent autour de quatre thèmes:

- L'acceptation de sa trans-identité
- Le coming out familial
- Le monde professionnel et scolaire
- La chirurgie de réassignation sexuelle et la relation avec le monde médical.

3.2.3. 1 L'acceptation de sa trans-identité

Il faut souvent beaucoup de temps pour établir murement une réflexion qui détermine définitivement son identité sexuelle. Le transsexuel traverse alors une immense période de doutes dans laquelle les questions prolifèrent dans une grande solitude. Les interrogations relevées sont : «Qu'est-ce qui m'arrive?», «Pourquoi suis-je comme cela?», «Suis-je fou?», «Puis-je me sentir homme alors que j'aime les hommes?»...

Seul face à ces questions extrêmement difficiles et importantes certains individus tombent dans des addictions telles que l'alcool, la drogue et la boulimie. Parfois même, des personnes s'automutilent voire se suicident. Une enquête faite par deux associations MAG (Mouvement d’Affirmation des jeunes Gay lesbienne bi et trans) et HES (Homosexualité Et Socialisme) montre que 34% des transsexuels ont déjà fait une tentative de suicide.

	Trans/transgenre FTM	Trans/transgenre MTF	Total
J'ai déjà pensé au suicide (en lien avec ma transidentité)	67%	72%	69%
J'ai fait une ou des tentatives de suicides	34%	32%	34%

Pour 80% d'entre eux (16-20 ans), leur transidentité est vécue comme une souffrance.

Pour vous votre transidentité représente ?	Agé-e de de 16 à 20 ans	Agé-e de 20 à 26 ans
une souffrance	80%	46%
une maladie/handicap	20%	17%
un frein à la vie sociale	51%	41%
une source d'épanouissement	11%	24%
une identité pleinement assumée	20%	26%
un enrichissement	23%	35%

Nous sommes forcés de constater que l'acceptation de la transidentité est un chemin périlleux. Cependant, une fois son identité sexuelle trouvée, une autre étape toute aussi difficile s'annonce: se révéler à ses proches.

3.2.3.2 Le coming-out familial

Le besoin de partager avec ses proches leur ressenti intérieur est d'autant plus fort qu'il fait souvent suite à des années de silence depuis parfois leurs plus jeunes âges. Les transsexuelles redoutent la réaction de leurs parents et les conduisent souvent au silence voire à la rupture des liens familiaux sans aucune explication.



Pour les transsexuels, le coming-out est le mot qui signifie « révéler sa transidentité ». Lorsque l'individu envisage son coming-out, il peut anticiper des réactions violentes de la part de ses parents ou même de l'indifférence. Il peut aussi espérer trouver une compréhension et être surpris par une réaction témoignant un soutien indéfectible.

Ce qui semble le plus répandu et que les transsexuels redoutent le plus est une réaction hostile puisque les transsexuels se sentent marginalisés. Leur phobie est le rejet des parents. En effet ces derniers seront bien souvent déçus de ne pas voir l'avenir de leurs enfants comme ils l'avaient projeté. C'est pour cela que, comme le montre l'enquête, 85% des transsexuels font leurs coming-out prioritairement auprès des amis proches.

Parfois les parents ne disent rien. L'enfant prend alors cela comme de l'indifférence. Cela peut être vrai mais pas toujours. Les proches s'intéressent à leurs enfants mais des préjugés dus à une méconnaissance sur le sujet génèrent un silence non d'indifférence mais d'impuissance réactionnelle face à une nouvelle normalement inattendue.

62% des transsexuels affirment que leurs familles les ont acceptés mais sans forcément les soutenir, ni faire preuve de tolérance.

Réaction de la famille	Trans/transgenre FTM	Trans/transgenre MTF	Total
Acceptation	59%	71%	62%
Soutien	39%	47%	41%
Compréhension	27%	41%	31%
Tolérance	49%	47%	48%
Rejet	32%	24%	29%
Honte	37%	41%	38%
Aucune	7%	6%	7%
Autres (peur, incompréhension,...)	32%	18%	28%

3.2.3.3 Le monde professionnel et scolaire.

L'étude montre que le monde scolaire est plus dur que l'environnement professionnel. En effet, dans ce dernier, peu de cas de transphobie sont relatés dans l'ensemble alors que dans l'univers scolaire, seulement 34% des transsexuels ne ressentent aucune forme de transphobie. Ne serais-ce pas parce que les enfants n'ayant pas encore totalement le contrôle de leurs pensées, font naturellement moins preuve d'empathie que les adultes ?

3.2.3.4 La chirurgie de réassignation sexuelle et la relation avec le monde médical.

Plusieurs études démontrent que les transsexuels ayant suivi un traitement hormono-chirurgical sont assez satisfaits tant sur le plan esthétique que fonctionnel.

La chirurgie améliore nettement l'adaptation socio-professionnelle ainsi que la qualité des relations amicales et intimes. En revanche, la relation avec le monde médical est paradoxalement méfiante. En effet, 20% des transsexuels auraient renoncé à des soins par crainte d'être discriminé, 75% disent avoir ressenti un malaise devant le médecin du fait de leur transidentité. Ces statistiques montrent de nouveau le mal être des transsexuels et sûrement aussi des médecins peu préparés à être confrontés avec la question de la transidentité, la prévalence étant peu importante.

3.2.4 Les grandes revendications des associations

Selon ces dernières, la situation des transsexuelles est particulièrement précaire pour une multitude de raisons:

- Pour obtenir un changement d'état civil, la France exige la stérilisation définitive des transsexuels. Dans l'hypothèse où une FtM (transformation femme vers homme) garde son utérus et que l'implantation d'un ovule est autorisée, un homme pourrait donc devenir enceint.
- Peu d'études françaises sur la question du transsexualisme existent contrairement aux Etats Unis.
- Le fait que les médecins reconnaissent le transsexualisme comme dysphorie du genre.
- La qualité opératoire (tant fonctionnelle qu'esthétique) en France est en deçà de celle relevée en Suisse ou au Canada.
- La HAS (Haute Autorité de Santé) préconise la mise en place d'un suivi psychologique ainsi que de l'expérience en vie réelle.

Nous constatons que les transsexuels se sentent très souvent incompris par la société. Cette dernière a, pendant longtemps, eu une pensée enracinée dans les préjugés. La société occidentale commence à accepter les transsexuels, ce processus est progressif et considéré comme encore trop lent par le troisième sexe.

Iconographie

Fig.1 Tubercule génital chez un fœtus de 14 semaines

http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89chographie_au_premier_trimestre_de_la_grossesse

Fig.2 Tableau de fécondation

Manuel Hatier de Science et Vie de la Terre, classe de Terminale S.

Fig.3 Du sexe génétique au sexe phénotypique

svt.ac-dijon.fr/schemassvt/article.php?id_article=702 [Site de l'académie de Dijon]

Fig.4 Localisation de l'hypothalamus dans le cerveau humain

D'après Lynch.

Fig.5 Rôle de l'hypothalamus

<http://sciencedirect.com>

Fig.6 Photographie d'un Berdache

<http://academic.reed.edu>

Fig. 7, 8 et 9 Schémas de la théorie du genre et du sexe

http://www.sts67.org/html/lect/fr_lectures_genre.html [Site de support transgenre de Strasbourg]

Fig.10 Peintures représentant le chevalier d'Eon

<http://ipoint.fr>

Fig.11 Les 10 planches du test de Rorschach. (Internet)

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/e/ea/Rorschach_inkblots.jpg/220px-Rorschach_inkblots.jpg

Fig.12 La planche III du test de Rorschach. (Internet).

http://3.bp.blogspot.com/_9JXxbyxPYyI/SnYi57f7ktI/AAAAAAAAAHnE/2mZZcUESnlQ/s400/800px-Rorschach_blot_03-1.jpg

Fig.13 Exemple de question du MMPI.

<http://ftm-transsexuel.info/transworld/parcours/les-tests-psy.html>

Fig.14 Une planche du TAT (internet). <http://thematicapperceptionimages.blogspot.fr/>

Fig. 15 Schéma de l'homologie des organes génitaux externes au stade indifférencié.(Atlas d'anatomie humaine. NETTER.P388.)

Fig. 16 Schéma de l'homologie des organes génitaux externes à la 10 ème semaine. (Atlas d'anatomie humaine. NETTER.P388.)

Fig. 17 Schéma de l'homologie des organes génitaux externes à la taille définitive. (Atlas d'anatomie humaine. NETTER.P388.)

Fig. 18 Schéma de la disposition du bloc lors d'une vaginoplastie.

Fig. 19 Le Dr Morel- Journal durant l'opération. (Photo prise par David Benzaquen).

Fig. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 Photos prises par David Benzaquen.

Fig. 27 Schéma du pénis (Atlas d'anatomie humaine. NETTER p382)

Fig. 28 Schéma d'une coupe transversale du corps du pénis.(Atlas d'anatomie humaine. NETTERp381)

Fig. 29 Photo prise par David Benzaquen.

Fig. 30 Schéma montrant espace inter-prostato-rectal. (Atlas d'anatomie humaine. NETTER P 396).

Fig. 31 Photo prise par David Benzaquen.

Fig. 32 Vaginoplastie 6 mois après la chirurgie. Image fournis par le Dr Nicola Morel-Journal.

Fig. 33 Photo représentant la coelioscopie. (Internet)

http://www.docteurzemmourinajib.ma/Mon_site/coelioscopie.html

Fig. 34 Hystérectomie par voie basse.(internet)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00034401070003>

Fig. 35 Résultat d'une métaidioplastie.(internet).

<http://FtM-transexuel.info>

Fig. 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45. Images fournis par le Dr Nicola Morel-Journal.

Fig 46, 47 , 48 Tableau rapport MAG et HES.

CONCLUSION

Le transsexualisme est un syndrome rare qui se caractérise par la conviction, intime et inébranlable du sujet, d'appartenir au sexe opposé à celui qui lui est génétiquement, anatomiquement et juridiquement attribué comme étant le sien. Le patient revendique un changement de sexe et d'état civil afin d'obtenir l'adéquation entre son psychisme et son physique, mais également la reconnaissance sociale de son nouveau sexe physique.

Dans la mesure où le transsexualisme est classé dans le DSM IV et le CIM-10 comme « Trouble de l'identité du genre », la prise en charge médico-psychologique est une alternative primordiale pour le bien être des patients.

L'opération de réassignation sexuelle est un élément clef, elle représente l'aboutissement d'une démarche fastidieuse et d'une collaboration de tous les instants entre le patient et l'équipe multidisciplinaire. L'acte chirurgical est la concrétisation somatique et juridique du changement de sexe et représente un acte de non retour.

Les médecins insistent sur le fait que le changement d'état civil est un complément du soin à part entière. Le corps médical a d'abord demandé que la prise en charge thérapeutique, c'est-à-dire le traitement hormonal et le traitement chirurgical, soient considérés comme légitimes. Puis, les médecins ont fait appel à la loi pour que le changement de sexe puisse s'accompagner d'un changement d'état civil. Ce changement d'état civil n'est autorisé que sous certaines conditions et seulement après l'opération de réassignation sexuelle.

La société a d'abord reconnu l'existence de plusieurs variantes de la notion de sexe : les sexes biologique, social et psychologique. Cette distinction témoigne d'une plasticité de la pensée des sociétés occidentales et a été le début du chemin menant à l'acceptation du transsexualisme. Auparavant, de tels propos n'auraient pu être acceptés (contrairement à plusieurs sociétés non occidentales qui ont toujours accepté l'existence d'un troisième sexe).

Ensuite, les définitions du transsexualisme ont évolué, passant de monomanie à dysphorie du genre, permettant l'évolution de la perception de la société

La médecine a également participé à l'acceptation sociale de la transidentité en la considérant comme un syndrome.

Au-delà de la reconnaissance juridique, il s'agit d'une réelle reconnaissance sociale.

Le système juridique français n'a accordé le changement d'état civil aux transsexuels qu'après intervention de la Cour Européenne des Droits de l'Homme en 1992. La décision d'autorisation était compliquée et source de conséquences importantes.

En effet, le sexe constitue l'un des fondements de l'identité de la personne et accorder un changement d'état civil trop facilement pourrait perturber l'harmonie de la société.

Ce n'est que sous certaines conditions que la rectification de la notion de sexe sur l'état civil est permise. Le système juridique, et par extension la société qu'il représente, accepte de remettre en question l'une de ses bases de façon progressive.

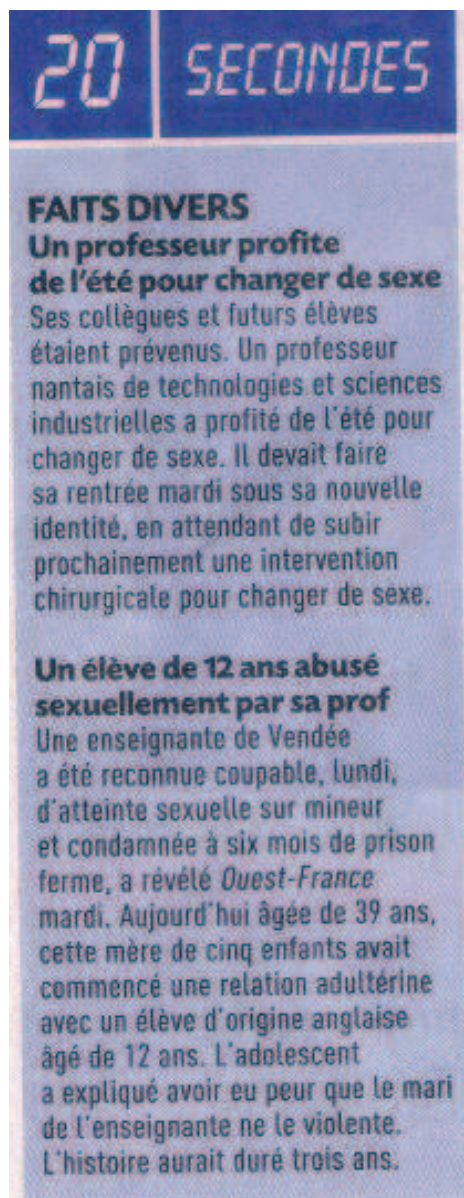
La notion de transsexualisme est désormais acceptée dans nos sociétés occidentales, même si elle continue à susciter méfiance et interrogations. Nos sociétés sont capables de réviser leurs fondements. La plasticité de la pensée est ainsi possible mais les démarches qui y aboutissent sont quand à elles rigides et semées de conditions.

Toutefois, elle tend à perdre sa valeur scientifique, car le troisième sexe, popularisé par les médias, est victime de voyeurisme.

Les transsexuels ne semblaient correspondre à aucune référence de la morale judéo-chrétienne : Ève n'a jamais voulu devenir Adam. Pourtant, la société occidentale est passée outre cette morale dans le souci d'assurer le bien être de sa communauté.

ANNEXE :

Annexe 1 :



BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

American Psychiatric Association, 2001. *Association's Standards of Care for Gender Identity Disorders*,. Sixth Version.

Augustine & Fitzpatrick & Hall & Lamantica & Mc Namara & Purves & Williams, 2005. *Neurosciences*. De Boeck, p.712.

Bockting, Cohen-Kettenis, Coleman, DiCeglie, Devor, Meyer et Wheeler. *The Harry Benjamin International Gender Dysphoria* .

Buffelan-Lanore (Y) & Larribau-Ternayre (V), 2009. *Droit civil, Introduction, Biens, Personnes, Famille*, 16ème édition, Dalloz-Sirey, 974pages.

Bullough(V), 1976. *Sex, Society and History*. New York: Science History, Neale Watson.

Butler (J), 2006. *Défaire le genre*. Paris, Amsterdam, traduit de l'anglais par M. Cervulle. 311 pages.

Chiland (C), 1997. *Changer de sexe, illusion et réalité*. Odile Jacob, p.72.

Cornu(G), 2007. *Droit Civil.Les personnes*. Monchretien , collection Domat Droit privé, 13^{ème} édition 250 pages.

Courtois(F) Droupy(S), Ennas(M), Gorin-Lazard(A), Lejeune (H), Morel Journal(N), Ruffion(A), Terrier (JE), 2012. *Rapport AFU 2012 Transsexualisme*. 21 pages.

De Beauvoir (S), 1949. *Le deuxième sexe*. Gallimard, tome II, p.13.

Delphy (C), 2009. *L'ennemi principal, penser le genre*. Syllepse.

Esquirol (E), 1838. *Traité des maladies mentales*. Baillièrè, tome I, 678 pages.

Fisk (NM), 1973. *Gender Dysphoria Syndrome (The how, what, and why of a disease)* dans *Proceedings of the Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford University Press, pp. 7-14.

Foucault (M), 1994. *Le sujet et le pouvoir, Dits et écrits IV*. Gallimard, p.222-243.

Garaffa & Ralph (D.J), 2009. *Total Phallic Reconstruction in Female-to-Male Transsexuals*. Urol..

- Gooren(AH), Kesteren (PJM), Megens (JAJ), 1997. *Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones*. Clin Endocrinol, pp 337-42.
- Haute Autorité de la Santé (HAS), 2009. *Situation actuelle et perspective d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*.
- Kamina(P), 2006. *Anatomie Clinique*. Maloine, 2ème édition, tome 2, 370 pages.
- Krafft-Ebing (R), 1886. *Psychopathia sexualis*. Twelfth German, première édition, 110 pages.
- Maccoby (E) & Jacklin (CN), 1974. *The psychology of sex differences*. Stanford University Press, volume I, 416 pages.
- Marc (C), 1840. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. Baillière, p.700, observation 228.
- Mazenod(L), 1997. *Transsexualisme approche pluridisciplinaire et qualité de vie des sujets traités à partir de l'expérience du greffis*. Thèse de doctorat en médecine.
- Millard (D.R), 1966. *Scrotal construction and reconstruction*.
- Netter(Franck H), 2009. *Atlas d'anatomie humaine*. Masson, 4ème édition, 596 pages.
- Oakley (A), 1972. *Sex Gender and Society*. London: Temple Smith.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé), 1992. *CIM-10 Classification statistique internationale des maladies* p.390.
- Stoller (R), 1968. *Sex and Gender, The development of masculinity and feminity*. New-York: Science House, 383 pages.
- Saladin D'Anglure (B), 2006. *Etre et renaître inuit, homme, femme ou chamane*. Paris, Gallimard, 429 pages.
- Teyssié(Be), 2010. *Droit civil, les personnes*. Litec, 11^{ème} édition, 441 pages.
- TIMSIT (MO), 2004. *Phalloplastie par lambeau chinois et transsexualisme : technique et résultats à long terme chez 56 patients*. Thèse de doctorat de médecine.
- Trelat (U), 1861. *La folie lucide étudiée du point de vue de la famille et de la santé*. Delahaye, 377 pages.

Articles :

Bourdel (M.C), Cordier(B), Coussinoux(S), Gallarda(T) ; Luton(JP), Olié (J.P). Intérêt des tests de personnalité dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 159, Issue 6, Pages 466-470

Bullough (V), 1975. Transsexualism in history. *Archives of sexual behavior I*, pp 561-571.

Cauldwell (D.O), 1949. Psychopathia transsexualis. *Sexology*, 16, pp 274-280.

Charcot (JM) & Magnan (V), 1882. Inversion du sens genital. *Archive de neurologie dans Revue des maladies nerveuses et mentale*, tome III, 7, pp 53-60

Chevalier (G), 2001. Sexe : comment on devient homme ou femme. *La recherche*, revue hors série, 115 pages.

Magnan (V) & Pozzi, 1911. Inversion du sens génital chez un pseudo-hermaphrodite féminin. Sarcome de l'ovaire gauche opéré avec succès. *Bulletin de l'académie national de médecine*, 65, pp 229-259.

Saget (J), 2009. La transsexualité rayée des affections psychiatriques. *L'express*.

Vouillot (F), 1986. Structuration des pratiques éducatives parentales selon le sexe de l'enfant. *Enfance*, 39, pp 351-366.

Références internet :

1. http://www.cerveauetpsycho.fr/ewb_pages/f/fiche-article-du-sexe-biologique-a-l-identite-sexuee-21420.php [Site de la revue *Cerveau et psychologie*. Ilana Lowy, historienne des Sciences et directrice de recherche à l'INSERM, y publie un article sur le sexe biologique]
2. http://www.pourlascience.fr/ewb_pages/f/fiche-article-dossier-sexe-biologique-et-sexe-social-en-mesopotamie-18288.php [Site de la revue *Pour la science*. Brigitte Lion, maître de conférences en Histoire ancienne à Paris 1, y publie un article sur la notion de sexe]
3. <http://id.erudit.org/iderudit/017606> [Site élaboré par les universités de Montréal, Laval et Québec. Audrey Baril, doctorante en philosophie, explique les théories de Judith Butler]
4. <http://osp.revues.org/index3388.html> [Site sur lequel Françoise Vouillot, maître de conférence en psychologie, publie Construction et affirmation de l'identité sexuée et sexuelle : éléments d'analyse de la division sexuée de l'orientation]
5. <http://www.liberation.fr/societe/01012356982-orientation-sexuelle-80-deputes-ump-reclament-le-retrait-de-manuels-scolaires> [Site du journal Libération. L'article sur la polémique sur les manuels scolaire de science et vie de la terre.]
6. <http://www.pfc.org.uk/files/medical/pfguide> [Parliamentary forum on transsexualism]
7. <http://ftm-transsexuel.info/transworld/parcours/les-tests-psy.html#mmpi> [site transsexuel utilisé pour comprendre le ressenti des patients]
8. http://transencolere.free.fr/actu/hbigda/soc_v6_2001fr.htm [site transsexuel utilisé pour comprendre le ressenti des patients]
9. <http://www.vidalpro.net/> [Site de l'ouvrage Vidal : médicaments et molécules nécessaires à l'hormonothérapie]
10. <http://www.eurekasante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp295-FLUTAMIDE-BIOGARAN.html> [Site du Vidal ; médicaments et molécules]
11. <http://www.doctissimo.fr/medicament-ACTIVELLE.htm>[médicaments et molécules]
12. http://www.docteurzemmourinajib.ma/Mon_site/coelioscopie.html [Site du Dr. Zemmour sur la coelioscopie]

13. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00034401070003> [chirurgie]
14. <http://transhealth.vch.ca/resources/library/tcpdocs/consumer/hormones-MTF.pdf>
[différentes_hormones]
15. <http://osp.revues.org/index3389.html> [Site d'orientation scolaire et professionnelle:
Philosophie sur le transsexualisme]
16. <http://fr.americanmedicalsyste.ms.eu/webpage/500527/ambicor-une-prothese-penienne-en-2-parties.html> [prothese Ambicor]
17. <http://thematicapperceptionimages.blogspot.fr/> [le TAT]
18. <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-2-page-195.html> [Test
du Dr. Rorschach]
19. http://www.canalu.tv/video/canal_u_medecine/transformation_d_un_homme_en_femme.2474 [Vidéo d'une vaginoplastie faite par le Pr Leriche]
20. <http://www.cim10.ch/index.asp?lang=FR&consulter=oui> [Site où l'on peut consulter
le CIM10 : dans le cinquième chapitre, F64 Troubles de l'identité sexuelle F64-0]

Autres références :

1. Manuel de Science et Vie de la Terre, premières ES et L, programme 2011. Hatier, pp174-184.
2. . Echanges personnels avec le Dr Nicolas Morel-Journal, de l'Université Lyon Sud.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	2
1. DE LA DIVERSIFICATION DE LA NOTION DE SEXE AU TRANSSEXUALISME.....	5
1.1. Comment définir le sexe d'une personne ? Du sexe biologique à l'identité sexuée.....	6
1.1.1. Le sexe biologique.....	6
1.1.1.1. Du sexe chromosomique au sexe anatomique.....	7
1.1.1.2. Du sexe anatomique à l'imprégnation hormonale.....	8
1.1.2. Le sexe social.....	10
1.1.3. Le sexe psychologique.....	12
1.2. De la construction du sexe à la construction du genre.....	13
1.2.1. Théorie du genre et du sexe.....	13
1.2.1.1. La théorie « simpliste » du genre et du sexe : le genre et le sexe ne font qu'un.....	14
1.2.1.2. Le genre et le sexe sont deux entités indépendantes.....	15
1.2.1.3. La théorie du « gender spectrum » : un continuum entre le féminin et le masculin.....	15
1.2.2. Le sexe : de l'inné ou de l'acquis ?.....	16
1.2.2.1. Une part d'inné.....	16
1.2.2.2. Une part d'acquis.....	17
1.3. Le transsexualisme : histoire, approche anthropologique et définitions.....	20

1.3.1. Le transsexualisme : entre mythologie, légende et faits réels.....	20
1.3.2. Approche anthropologique du transsexualisme.....	22
1.3.3. Définition du transsexualisme.....	23
1.3.3.1. L'évolution de la définition du transsexualisme au cours du temps.....	23
1.3.3.1.1. <u>Première période</u> : la notion de monomanie.....	23
1.3.3.1.2. <u>Deuxième période</u> : la notion de perversion sexuelle.....	23
1.3.3.1.3. <u>Troisième période</u> : la notion de transsexualisme.....	24
1.3.3.1.4. <u>Quatrième période</u> : la notion de dysphorie de genre.....	25
1.3.3.2. Les définitions du transsexualisme.....	25
1.3.4. Les diagnostics différentiels du transsexualisme.....	27
1.3.4.1. Diagnostics différentiels organiques.....	27
1.3.4.2. Diagnostics différentiels psychiatriques.....	27
2. ASPECT MEDICAL DU TRANSSEXUALISME : LES ETAPES DU PARCOURS DE SOIN.....	28
2.1. Etablissement d'un diagnostic.....	29
2.1.1 Critères du DSM IV.....	30
2.1.2 Critère du CIM-10.....	30
2.1.3 Test psychologique.....	31
2.1.3.1. Le test de Rorschach.....	31
2.1.3.2. Test MMPI.....	32
2.1.3.3. <u>Le TAT</u> : Thematic Apperception Test.....	33
2.1.4. Les contraintes à prendre en compte.....	34

2.1.4.1. Le temps.....	34
2.1.4.2. Les risques.....	34
2.2 Expérience en vie réelle.....	35
2.3 Hormonothérapie.....	35
2.3.1 Transformation dans le sens femme/homme.....	35
2.3.1.1. Abolition des gonadotrophines féminines.....	35
2.3.1.2. Administration d'hormone masculine.....	35
2.3.1.3. Les effets secondaires des androgènes.....	36
2.3.2. Transformation dans le sens homme / femme.....	36
2.3.2.1. Abolition des gonadotrophines masculines.....	36
2.3.2.2. Administration des hormones féminine.....	37
2.4. La chirurgie de réassignation.....	37
2.4.1 Rappel embryologique.....	38
2.4.2 Dans le sens homme /femme.....	41
2.4.2.1. La mammoplastie.....	41
2.4.2.2. La vaginoplastie.....	41
2.4.2.2.1. La technique du lambeau pénien inversé avec greffe de peau scrotale.....	41
2.4.2.2.2. La technique du segment intestinal pédiculé.....	49
2.4.2.2.3. Les risques de la vaginoplastie.....	49
2.4.2.3. Autres opérations.....	49
2.4.3. Dans le sens femme/ homme.....	50
2.4.3.1. La mastectomie.....	50
2.4.3.2. Ablation des organes génitaux internes.....	50
2.4.3.3. La reconstitution génitale.....	51
2.4.3.3.1. La métaoïdioplastie.....	51
2.4.3.3.2. La phalloplastie.....	52

2.4.3.4. Autres interventions.....	56
2.5. Changement d'état civil.....	57
2.6. Le suivi psychologique.....	59
3. LE TRANSSEXUALISME FACE A LA SOCIETE.....	60
3.1. La perception du transsexualisme par la société française.....	61
3.1.1. Le transsexualisme dans l'actualité.....	61
3.1.2. L'intégration socio-professionnelle.....	62
3.1.2.1. L'intégration sociale.....	63
3.1.2.2. L'intégration professionnelle.....	63
3.1.3. Le transsexualisme et le droit en France.....	64
3.1.3.1. L'évolution juridique.....	64
3.1.3.2. Les critères de la reconnaissance juridique du transsexualisme.....	65
3.1.3.3. Les conséquences de la reconnaissance juridique du transsexualisme...	65
3.1.3.4. Le transsexualisme dans le Code de Déontologie Médicale.....	66
3.2. Le ressenti du transsexuel face à la société.....	67
3.2.1. Les associations transsexuelles.....	67
3.2.2. Les forums et sites de témoignages transsexuels.....	68
3.2.3. Témoignages de transsexuelles.....	68
3.2.3.1. L'acceptation de sa trans-identité.....	69
3.2.3.2. Le coming-out familial.....	69
3.2.3.3. Le monde professionnel et scolaire.....	71
3.2.3.4. La chirurgie de réassignation sexuelle et la relation avec le monde médical.....	71
3.2.4. Les grandes revendications des associations.....	71

ICONOGRAPHIE.....	72
CONCLUSION.....	74
ANNEXE.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	78
TABLES DES MATIERES.....	83

Le transsexualisme : l'illustration d'une alliance entre médecine et société

Date de soutenance : 20 Septembre 2012

Résumé :

La question du transsexualisme dans le monde occidental constitue une réelle remise en question des fondements de la société. Cette dernière est-elle prête à repenser la notion de sexe sachant qu'elle participe à l'identité des individus ? Les théories du sexe et du genre ont permis de distinguer deux termes trop souvent confondus. Ce travail bibliographique vous propose d'étudier la procédure de changement de sexe, à partir de la démarche du patient jusqu'à la phase post-opératoire. Actuellement, les avancées, tant sur le plan médical que social, permettent aux transsexuels de rétablir l'adéquation entre leur sexe physique et leurs sexe social et psychique par un traitement hormono-chirurgical et par un changement d'état civil. Le transsexualisme demeure une énigme, les médias s'en mêlent et les avis divergent. Quand Ève souhaite devenir Adam, la médecine, la justice et la société agissent afin d'aboutir à un consensus commun.

Mots-clés : transsexualisme ; sexe ; traitement hormono-chirurgical ; droit ; société ; médias.

Abstract :

The issue of transsexualism in the Western world is a real challenge to the foundations of society. Is the latter ready to rethink the notion of sex knowing that it participates in the identity of individuals? Theories of sex and gender helped distinguish two terms often confused. This bibliographic work studies the process of sex change throughout the patient's steps to the post-operative phase. Currently, advances both medical and social allow transsexuals to restore the balance between their physical sex and social gender through Hormone Replacement Therapy and change of civil identity. Transsexualism remains an enigma while the media gets involved and opinions differ. When Eve wants to become Adam, medicine, justice and society act in order to reach a common consensus.

Key-words : transsexualism, sex ; treatment hormono surgical; law; society; medias.

Sous la responsabilité de Mme Monique Bollon-Mourier et de Mr Jean-François Lafay.

Auteurs : Noémie Amouyal, 79 rue d'Alsace, Villeurbanne.

David Benzaquen, 9 rue Mansard, Villeurbanne.