

Publications de référence

[← retour](#)

► Titre : **Questions face au transsexualisme**

► Auteurs : **Mireille BONIERBALE**

Directeur du DIU de Sexologie Médicale à la faculté de Médecine de Montpellier
Rédacteur en chef de la revue Européenne de Sexologie Médicale : *SEXOLOGIES*
Centre Médical DURANDAL
21, Place Alexandre LABADIÉ
13001 MARSEILLE
mireille.bonierbale@wanadoo.fr

Résumé:

Le transsexuel se définit et dit le sexe qu'il a. Le médecin invente une réalité faite de réponses qui lui permettent de le suivre le transsexuel là où il dit qu'il est. Ceux qui ne peuvent pas agir et qui parlent - les psychiatres - inventent un cadre où ils peuvent le rencontrer ; que ce soit au nom d'un délire ou d'un syndrome nouveau dit de Benjamin.

La société commence à l'intégrer maintenant que la différence des sexes fait mode quand elle est ambiguë.

La Loi l'ignore car elle ne sait quoi en faire

Et que signifie changer de sexe? Quelle est cette apparence, cette marque corporelle comme le dit Colette Chiland, qui leur fait mettre leur problème là, sur leur corps, et non dans les mots ?

L'enfant est du sexe que lui disent ses parents, ce n'est qu'après qu'il comprend ce qui lui a été ainsi signifié... Est-ce là que commence le non ?

Le cerveau des hommes et des femmes n'est pas "câblé" pareil...Est-ce cela que la médecine apporte comme réponse aujourd'hui? Erreur de câblage?

Personne n'a jamais su répondre encore à cette demande insensée qui a fait du médecin un apprenti sorcier à l'image de Dieu faisant ainsi des hommes et des femmes pour qui le demande.

On fera une récapitulation historique pour comprendre comment la médecine se trouve là dans cette problématique qui à la fois la contraint la fait fuir et la fascine, comment est née cette entité "pathologique", et quels sont les enjeux aujourd'hui des rapports de la médecine et de l'identité, ceci à la lumière d' une expérience clinique de 20 ans.

Mots Clefs : Transsexualisme, identité.

Qu'est ce qu'on traite et que "guérit" on? Que faut-il faire ou ne pas faire face au transsexualisme quand on est Médecin aujourd'hui

C'est le Transsexuel qui, en se disant l'être, définit la question du transsexualisme. C'est de son discours de sa plainte et de sa souffrance que naît cette entité décrite sous le nom de transsexualisme ou dysphorie de genre.

L'identité de genre est le sentiment d'appartenir à une classe d'individus identiques à soi et reconnus du même sexe ; sexe en congruence psychologique morphologique et sociale.

Ceci nous plonge directement dans les dimensions qu'ouvre ce syndrome, décrit par Harry Benjamin et Guntheil en 1953, et qui est également appelé syndrome de Benjamin (donnant aujourd'hui son nom à une association de transsexuels). Celui ci dit "je voudrai rappeler à chacun un fait fondamental : je veux parler de la différence entre le sexe et le genre ; le sexe c'est ce que l'on voit, le genre ce que l'on ressent. L'harmonie des deux est essentielle au bonheur humain". Ainsi Benjamin sort le transsexualisme des perversions où il est encore classé jusqu'en 1949, en le définissant comme le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle.

Mais alors ne s'agit il pas d'accréditer un délire ? N'entre-t-on pas de plein pied dans la médecine du plaisir, de la croyance et de la toute jouissance irrationnelle, ou même celle de la prise en charge de la " convenance personnelle", avec le danger de la perte de limite de repères et des différences qui sont indispensables à la constitution d'une société, et d'un registre symbolique. ?

Elias Farajajé-Jones, professeur d'université bissexuel, posant avec son bébé de deux mois pour le magazine américain Newsweek répond aux journalistes qui lui demandent s'il s'agit d'un garçon ou d'une fille " *Demandez lui quand il sera grand*". Réponse qui n'est pas dénuée d'importance au moment où le message véhiculé par les médias est que, d'être un homme ou

une femme n'est qu'une caractéristique accessoire, où on voit les " nouveaux hommes " délaisser le body building, où la mode devient ambiguë et cultive la confusion des genres, où les drag-queens et les drag-kings ouvrent la voie du trans-gender et l'affirmation pour chacun du droit à choisir son identité pour en finir avec la bipolarité...

C'est ainsi que Tony Anatrella, psychanalyste spécialisé en psychologie sociale, note combien il est difficile pour les adolescents d'acquiescer une identité sexuelle dans un monde qui après avoir connu la confusion des sexes voudrait abolir les genres sexuels. " *Quand dans une société on ne sait plus représenter une symbolique de la différence des sexes on fabrique une philosophie qui évacue toute différence* ". Paradoxalement le transsexuel vient clamer cette différence mais en créant la confusion. Anatrella souligne de plus qu'il n'est pas possible d'être humain sans être homme ou femme et que ne sachant plus quoi privilégier, la société peut aller vers une régression ; ainsi l'éducation androgyne fabrique des asexués qui se rabattent sur des pulsions partielles, la violence étant souvent au devant de la scène.

Colette Chiland psychiatre et psychanalyste, dit que le transsexualisme nous a appris que l'identité sexuée est chez chacun de nous une croyance que nous prenons pour un savoir, car tout vient la renforcer. Ce faisant, elle rappelle que la mention apposée sur l'état civil de " sexe féminin, ou, masculin " vient de la déclaration d'un tiers qui présente une pièce d'identité et un certificat médical pour tout justificatif au service de l'état civil. Elle interroge alors sur ce que vaudrait cette mention si par la suite les parents ne traitaient pas leurs enfants comme fille ou garçon et n'invitaient pas leur entourage à faire de même ? Mais c'est là une des questions que pose le transsexualisme, c'est que les renforcements culturels et biologiques de la puberté n'ont pas manqué chez le transsexuel, et que les théories psychanalytiques de désir inconscient d'enfant chez les parents du sexe désiré par la suite par le transsexuel ne sont pas probantes en dehors d'observations prises pour modèles, de reconstitution après coup d'un roman qui peut aussi bien être celui du psychanalyste que celui que récite le transsexuel qui le tire de la littérature vulgarisée sur le sujet.

Et pourtant l'identité sexuelle liée à son corps anatomique est niée, vécue par le transsexuel comme une erreur de la nature, un sentiment pouvant aller de l'injustice à la haine de ce corps. Mais, le corps n'est pas, comme dans le délire dénié ou fantasmé comme autre, mais bien repéré pour être rejeté caché, non regardé, mis hors réel dans la vie relationnelle. Ainsi le corps réel est masqué au regard des autres par le port de vêtement ambissexes avant le processus de transformation, ou le port de bandage chez la fille pour dissimuler les seins, ou de sparadrap chez le garçon pour dissimuler le pénis, la douche est prise dans l'obscurité pour ne pas voir leur propre corps, interdisant à leurs amies ou amis de coeur de toucher leur corps, dans une souffrance qui prend naissance à la puberté le plus souvent, et devient de plus aiguë avec le temps jusqu'à devenir intolérable et pouvant générer des passages à l'acte contre leur corps sexué ou eux même.

Ce que dit le transsexuel **c'est qu'il est ce qu'il n'est pas**, sans ignorer ce corps qu'il rejette, sans délire de négation d'organe, ce qui est également souligné par Colette Chiland. Il met toute sa demande, sa plainte, ses revendications, sur la scène du réel du changement du corps, dans un vécu prégnant et lancinant qui ne peut se remettre en question et où le psychiatre n'est consulté, (ou le médecin) que comme seul acteur possible de la transformation et la réparation d'une évidence et jamais pour un mal-être ou une souffrance à analyser et à guérir qui résulterait d'un processus lié à l'histoire personnelle. Ceci rend particulièrement malaisée et aléatoire l'approche psychothérapeutique.

Si Colette Chiland parle de simulacre pour la demande de correction chirurgicale qui est prise comme symbole d'identité, on pourrait s'interroger plus longuement car c'est plus qu'un simulacre ; en même temps le transsexuel sait qu'il ne sera jamais homme ni femme mais il tend à s'en rapprocher pour pouvoir s'aimer et non se haïr.

S'aimer avant tout, et " comment mieux s'aimer " est le long discours qui est sous-jacent à toute la quête incessante du transsexuel, avec des corrections chirurgicales répétitives de l'image de soi rejetée, de l'apparence ; épilation, opération du larynx, rééducation de la voix, silicone sur les pommettes, prothèses mammaires, réfection du nez, etc... surtout chez le transsexuel Masculin-Féminin, avec un culte de l'image de soi à venir, incessant et au détriment de toute autre forme de relation, que ce soit pour l'épouse ou l'époux si il y a eu mariage avant transformation, sans grand soucis pour les enfants qui en sont issus. Quand aux autres formes de relations de couples engagées après transformation ou avec des partenaires qui accompagnent la transformation, elles sont échafaudées sur le même mode narcissique, la recherche étant celle qui est liée à l'amour que l'autre a de l'homme ou la femme qu'ils savent qu'ils ont en eux. C'est ce qui fait dire à Colette Chiland qu'on se trouve face à une maladie du narcissisme, et non un délire ou une perversion.

Le transsexualisme a toujours existé mais on en a jamais autant parlé, et à quoi sert qu'on en parle? Que vient faire la médecine dans ce débat ; est elle créateur de demande, générateur de besoin en alliance avec les médias, pourvoyeur de thérapeutique ? Et que soigne-t-on ? Quand y-a-t-il acte thérapeutique ?

On peut d'abord être interrogé par la variation d'occurrence du transsexualisme sur un plan épidémiologique :

- 1 sur 24 000 à 37 000 hommes et 1 sur 103 000 - 150 000 femmes au Canada (1985), ce qui se traduit par un ratio de 4.1-4.3 :1, en 1993 aux Pays Bas selon une étude faite par l'évaluation de personnes recevant un traitement hormonal de transformation sexuelle, la prévalence à été de 1 sur 11 000 hommes et 1 sur 30 400 femmes ce qui se traduit par un ratio de 2.8 :1. Ces différences qui viennent d'étude réalisées dans des centres spécialisés peuvent venir de la plus grande difficulté chirurgicale à faire une réassignation sexuelle par Phalloplastie que par vaginoplastie. Mais des facteurs sociologiques peuvent également jouer, ainsi en Pologne en 1988 on peut trouver un ratio est de 1 : 5.5 d'hommes par rapport aux femmes qui est interprété comme une meilleure stabilité économique des femmes leur permettant de prendre plus facilement en charge leur traitement.

Pour un médecin, si on se réfère au code de déontologie médicale (Art 8 du 6/09/95), il y a liberté de prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il va donc falloir qualifier que les soins sont nécessaires et ensuite qu'ils soient proportionnés au bienfait espéré par le patient.

Les actes inutiles à l'amélioration de la santé du patient ne peuvent être couverts par une nécessité thérapeutique. Le remède ne doit pas être pire que le mal et là, du fait des ambiguïtés, des désaccords diagnostiques et thérapeutiques, on arrive à des situations où, par le mécanisme de la " porte ouverte ", ce va encore être la parole du transsexuel qui peut le définir, ce qui est entre autres raisons une des causes des recours en justice contre les médecins qui s'occupent de transsexualisme et qui rajoutent à la confusion de la prise en charge de ce problème.

Le premier problème est donc de poser un diagnostic, et que sur ce diagnostic existe un consensus de ce qui est reconnu comme thérapeutique dans ce type de diagnostic..

Et ici tout se complique.

Qui pose le diagnostic et comment ? Rien de vraiment très clair.. Il devient coutume, dans les protocoles établis par consensus internationaux, que c'est le psychiatre qui fait le diagnostic. Mais cela implique le transsexualisme comme une maladie psychiatrique, ce que nie le transsexuel, et qui n'est pas établi car aucune théorie psychopathologique n'a fait sa preuve et que, les tests psychologiques que l'on pratique habituellement dans l'évaluation (MMPI, Roschard, TAT), ne montrent pas de signes de psychopathologie associés. Cet argument est d'ailleurs un des critères que l'on retient pour autoriser les transsexuels à entrer dans une filière de traitement de réassignement du sexe.

Mais ici se pose alors le problème des médecins qui s'auto valident comme compétents à faire le diagnostic de transsexualisme, et qui n'ont pas la compétence psychologique indispensable pour faire le diagnostic différentiel des pervers, travestis et autres troubles de l'identité. Il est trop fréquent de voir arriver en fin de course des patients suivis de manière fantaisiste par des endocrinologues ou médecins généralistes qui se sont fait manipuler, et qui ont déjà des prescriptions hormonales qui ne permettent plus le plus souvent de réflexion ni de retour en arrière, et écrasent tout discours. Cela est particulièrement important et préoccupant pour la frange de trouble de l'identité où la structuration de la personnalité est floue, immature ou limitée ou pathologique et où effectivement le psychiatre est habilité à faire tout au moins un diagnostic différentiel.

- Car à l'heure actuelle le diagnostic de transsexualisme se fonde avant tout sur la conviction du transsexuel à appartenir à l'autre sexe et à sa volonté forcenée d'arriver à entrer dans un protocole médical de réassignation.

Participent à ce diagnostic seulement des éléments biographiques de sentiment précoce d'appartenance à l'autre sexe, de témoignage de l'entourage, de comportements de l'enfance appartenant à ceux de l'autre sexe (choix de vêtement, jeux avec les enfants de l'autre sexe avec sentiment d'identification, etc.), mais certains transsexuels savent ce qu'il convient de dire de leur histoire ce qui complique l'évaluation et rend précieuse l'écoute de la famille quand elle est partie prenante...

Il n'existe pas de signe de névrose spécifiquement différent des consultations tout venant, pas de demande de prise en charge psychologique, mais on retrouve plus souvent chez les transsexuels Féminin-Masculin plus d'ambivalence et de conflits parentaux dans leur histoire, avec présence de sentiments de ne pas avoir été aimé suffisamment. Dans tous les cas la figure paternelle est falote ou absente. La biographie, plutôt que l'histoire, est racontée comme un roman qu'on écrit et que le transsexuel s'écoute raconter pensant faire ses mémoires...

- Le diagnostic va donc se poser sur la constance à demander et à souffrir du besoin de changement, c'est pourquoi une période de deux ans d'observation a été fixée comme le minimum nécessaire pour apprécier cette cohérence et l'absence de doute.

Néanmoins cette période d'observation peut se résoudre à un rendez vous par mois ou tous les deux ou trois mois pour certaines équipes qui, réduisent ce suivi à une simple observation clinique de la constance de la demande et de l'absence de tout autres signes psychiatriques. Personnellement je demande à ces patients de venir en consultation une fois par semaine pendant une période d'au moins 3 à 4 mois, en leur fixant un cadre de travail psychologique qui consiste non pas à me prouver qu'il sont transsexuels, mais que, à travers leur histoire, il soit fondamental pour eux d'essayer de dénouer les fils qui ont mis en place leur identité. Ainsi un travail psychologique à minima peut-il se faire et souvent une vraie psychothérapie peut se mettre en place (qui parfois de manière tout à fait exceptionnelle peut déboucher sur un arrêt du processus de demande de transformation), qui permet pour ceux qui suivent ce chemin de pouvoir affronter les difficultés relationnelles, sociales, familiales et psychologiques dans des conditions suffisamment satisfaisantes pour qu'il n'y ait pas de difficultés psychologiques secondaires, de fixation hypocondriaque post chirurgicales, et faciliter une insertion professionnelle avec réduction de la prostitution fréquente dans la population des transsexuels masculins-féminins. Chez eux, la difficulté à trouver du travail avant leur changement d'identité est liée à la fois à l'ambiguïté de leur présentation et à un statut moins bien toléré par les éventuels employeurs que pour les transsexuels féminins-masculins. A cet effet la création d'une association de transsexuels (AAT, Devenir Femme, Association du syndrome de Benjamin, etc..) qui permet les rencontres, la rupture du sentiment d'isolement, joue aussi comme garde fou contre la prostitution particulièrement mal vécue chez les transsexuels Féminins-Masculins des associations " mixtes "...

Qu'est ce qui détermine que le choix d'un suivi médical soit thérapeutique et quel est il aujourd'hui ?

- un suivi psychologique de deux ans par un psychiatre
- un traitement hormonal au bout d'un an MINIMUM, en l'absence de psychopathologie et bonne insertion familiale et ou professionnelle, avec suivi régulier par un endocrinologue
- une intervention chirurgicale de réassignement faite par une équipe spécialisée travaillant dans un hôpital public après accord du Médecin National de la Sécurité Sociale sur dossier.

Les arguments qui définissent l'impact thérapeutiques sont tous des arguments par défaut.

- Inaccessibilité au traitement psychologiques,
- souffrance pouvant mettre l'individu en danger suicidaire, avec sentiment de soulagement dès la prise hormonale et meilleur équilibre psychologique
- réduction du risque suicidaire dans les populations opérées a contrario de celles qui ne le sont pas.

Fait parti du " traitement " de manière indirecte, la procédure de changement d'état civil dont un recours récent en cours Européenne (1992) a permis d'assouplir la procédure pour les transsexuels ayant subi une intervention chirurgicale préalable. Thérapeutique car en faisant cesser l'état de malaise relatif aux procédures administratives demandant la présentation de papiers d'identité dont la différence avec l'apparence est source de situations difficiles, de quiproquos, de moqueries, elle permet au transsexuel de passer le cap de l'oubli de son identité rejeté et de vivre sa vie...Cependant cette attitude juridique permet à contrario aux transsexuels qui se font opérer à l'étranger par des chirurgiens privés, pour échapper au protocole Français jugé trop long, d'obtenir plus rapidement leur changement d'identité mais aussi parfois , suite à une évaluation trop superficielle de mettre en place des situations complexes et inextricables.

Thérapeutique, le suivi psychologique l'est sûrement, indispensable même pour remettre du sens sur l'histoire, l'accepter faire le deuil d'un morceau de sa vie et non le remplacer par un processus de dénégation, avoir creusé une analyse des processus de projections liés au refus de son identité sexuée et attribués souvent aux autres...justifiant retrait, prostitution, manque d'insertion, difficultés affectives.

L'envoi à l'endocrinologue n'est effectué que lorsque la motivation est claire, l'entourage averti et d'accord, les efforts de socialisation efficace, les tests psychologiques normaux . Ceci afin d'éviter une sorte de perversion de la demande du droit à être assisté particulière à la France où les effets paradoxaux de protection contre des aspects de récupération commerciale de la chirurgie de réassignement par les ententes faites à cet effet avec la sécurité sociale pour la gratuité de l'intervention, ont abouti à un sentiment de justification de la quête transsexuelles avec un droit à tout se faire changer...Mais aussi comme ce qui est payant est plus reconnu on voit paradoxalement aussi apparaître un esprit critique et invalidant des associations de transsexuels vis à vis des équipes Françaises en place, au bénéfice d'équipes étrangères réputées pour avoir de meilleurs résultats chirurgicaux aux yeux de ces associations, pour des sommes allant jusqu'à 80 000frs et n'exigeant pas de suivi psychologique.

Reste à se poser la question des autres perspectives étiologiques que psychologiques.

Les hypothèses biologiques qui avaient tenté de donner corps au transsexualisme étaient restées insuffisantes ou fragmentaires mais restait la conscience que des comportements en rapport avec l'identité sexuelle pouvaient être modifiés par des imprégnations hormonales précoces du cerveau. Aujourd'hui les connaissances permettent d'avancer sur la part génétiques et endocrines de la différenciation sexuelle de manière à laisser entrevoir d'autres ouvertures au transsexualisme comme à l'homosexualité. Comportements tellement réprimés par les contres attitudes et les jugements moraux de non tolérance à la différence, ou de protection contre " l'étranger ", que la part donnée à la psychologie est peut être venue remplir un espace qui validait cette différence comme du domaine de l'insensé.

Il y a un dimorphisme sexuel du cerveau déterminé par les hormones sexuelles qui s'exercent pendant le développement et aboutissent à des modifications durables de l'architecture du système nerveux. La différenciation sexuelle repose sur ce type d'effet et comportera ainsi les éléments de la force biologique qui joue dans les comportements cognitifs mâles et femelles ainsi que dans le choix de partenaire sexuel. Bien sur les phénomènes d'humanisation et de complexification de la structuration du cerveau lors des interactions précoces et des interactions sociales tout au long de la vie vont jouer dans l'échappement au biologique mais il peut y avoir des grilles perceptives profondes qui peuvent décoder l'univers sexuel et comportemental et l'image sexuelle propre, différemment.

- Le Dr Simon Levay et Laura Allen décrivent des aires cérébrales responsables du comportements sexuel liées au chromosome X et montrant des similitudes chez les homosexuels et les femmes, différents chez les hétérosexuels masculins. C'est le locus Xq28 qui est associé à l'homosexualité masculine dans un grand nombre de cas , ceci est valable pour les hommes mais non pour les femmes (Hamer 1993). Dorner en Allemagne, à partir d'expérimentations animales et de recherches cliniques récapitules les différents travaux :
- la région du noyau préoptique antérieure de l'hypothalamus est responsable du comportement mâle, la région des noyaux ventromédians de l'hypothalamus des comportements femelles. Une altération des hormones sexuelles ou des neurotransmetteurs à des périodes critiques du développement de ces structures peut en affecter le développement ou induire des changements biochimiques qui vont agir sur l'orientation sexuelle et la reproduction. Ainsi un déficit en androgènes chez le mâle et une surcharge en androgènes chez la femelles à cette période critique peut induire des comportements de type homosexuel. Dorner retrouve des modifications génétiques avec mutation du CYP21A chez les homosexuels et du 21B chez les transsexuels. Un feed-back positif a été retrouvé chez les homosexuels après une seule injection d'oestrogènes, ce qui ne se produit pas chez les hétérosexuels, ce qui semble aller dans le sens d'une différenciation femelle du cerveau, ce qui a été confirmé par Gladue, Gree et Hellman.
- Le stress dans la période prénatale semble influencer les sécrétions hormonales de la mère ce qui pourrait interagir avec le développement cérébral du fœtus, ce qui a été décrit par de nombreux auteurs. Cela suggère que le stress des événements de vie maternel puisse représenter, s'ils se produit pendant la grossesse, un cofacteur étiologique du développement des variations sexuelles de la progéniture.
- Le Maria New's Group découvre en 91 que chez 5 à 10 % des humains il peut apparaître une déficience partielle de la 21 - Hydroxylase ou de la 3B- HSD -delta 5- delta 4 isomérase. Ces déficiences croisées avec les effets du stress peuvent entraîner une surproduction d'androgènes (DHEA A) aromatisés en oestrogènes par le placenta. Chez la femelle cela peut entraîner une masculinisation partielle du cerveau . Chez le mâle une telle augmentation

d'oestrogènes placentaires, peut inhiber le testicule foetal et en diminuant la sécrétion de ses androgènes spécifiques entraîner une démasculinisation partielle du cerveau. Dans la population étudiée par Dorner 52 % des homosexuels et 54% des homosexuelles, ainsi que 56% des mères d'homosexuels montraient une 21- OHD partielle (contrôlé contre hétéro). De plus 40 % de transsexuels MASCULIN-FEMININ et 56% de transsexuelles FEMININ-MASCULIN montrent la même anomalie. On la retrouve aussi chez 56% des mères d'homosexuels mâles, 25% des hommes avec une oligospermie idiopathique , t 28% des femmes avec ovaires polykystiques.

- Pour la 3B-HSDD on la retrouve chez 32% des homosexuels, 32% des homosexuelles , 47 % des transsexuels MASCULIN-FEMININ, 35 % des transsexuels FEMININ-MASCULIN 28 % de hommes avec oligospermie 80% des femmes OPK et aucun des 39 hétéro contrôlés (23 H et 16 F).

Ainsi l'orientation sexuelle le comportement sexuel et les fonctions gonadales sont sous la dépendance de facteurs biologiques, par le biais de la qualité et de la quantité d'hormones sexuelles et de neurotransmetteurs et de leurs récepteurs durant la période d'organisation de la différenciation sexuelle cérébrale, de la maturation et de la période postnatale et de la puberté. Les hormones sexuelles et le niveau de neurotransmetteurs durant ces périodes sensibles sont sous la dépendance de facteurs génétiques et ou sociaux. Les facteurs sociaux peuvent être effectifs quand ils sont combinés avec des déficits enzymatiques comme la déficience en 21-OHase ou 3b-HSD.

- Schwaab et coll (1985) dans une étude en post mortem sur 2 patients transsexuels, élargie en 1995 sur 6 patients et publiée dans *Nature*, montre une différence de volume au niveau du plancher de la Stria Terminalis de l'hypothalamus (BST) qui est une région candidate pour être une région sexuellement dysmorphique chez l'homme . Chez les transsexuels masculins examinés, tous ont un volume de BST réduit analogue à celui de femmes témoins

Les centres sexuels cérébraux contrôlant les sécrétions gonadotropes sont organisés par les oestrogènes parfois provenant d'androgènes. Les centres d'accouplement sont aussi bien organisés par les androgènes que les oestrogènes, les centres de genre et rôle sexuels sont seulement organisés par les androgènes. *On peut donc s'interroger sur un déterminisme précoce dans le transsexualisme qui pourrait reposer sur des bases organiques et conduirait durant la maturation cérébrale à une différenciation dans l'édification de tout ou partie des structures sexuellement dysmorphiques* (T.GALLARDA).

Si ces hypothèses sont confirmées par les travaux à venir, et il faut noter que les études de populations d'enfants avec caractéristiques de féminisation ou de masculinisation du comportements montrent également des facteurs de différence cognitives dès avant l'âge de 4 ans qui vont dans le même sens, si ces travaux sont confirmés, cela pourrait changer beaucoup d' attitudes discriminatoires et médicales à venir et réécrire l'histoire transsexualisme et de son abord.

REFERENCES

- Bureau.J,(1977), la congruence entre l'identité sexuelle et le rôle sexuel, cahier de sexologie clinique, 13: 29-62
- Dörner.G et coll, (1995) Sexual brain differentiation mediated by hormones and neurotransmitters, Communication au Congrès Mondial de Sexologie YOKOHAMA
- Chiland.C, (1996) que penser du transsexualisme? L'évolution psychiatrique, 61,1:45-53
- Gallarda.T, Amado.I, Coussinoux.S, Cordier,B, OLIE,J.P (1996), Le transsexualisme, Synthèse labo Organon servofax
- Hamer.D,et coll. (1995), Chromosome X et homosexualité masculine, Nature genetics,11:248
- Molo M.T,et Coll, (1995), Psychodiagnostic Evaluation of Transsexuality, Communication au Congrès Mondial de Sexologie YOKOHAMA
- Sari.r et coll, (1996) Physical attractiveness of girls with gender identity disorders , Archives of sexual behavior, 25, 1 :17-31
- Wegesin,D.J (1996) event-related brain potentials and neurocognitive performance in gay and straight women and men , annual meeting of international Academy of Sex Research, Rotterdam

