

UNIVERSITE René DESCARTES
(PARIS V)
Président Pr P. Villard

DEA D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE
(Directeur Pr C. HERVE)
Promotion 1997-1998

TITRE DU MEMOIRE :
Problèmes éthiques posés
par la demande chirurgicale de redétermination de sexe chez le transsexuel.

Présenté le 7 septembre 1998
Par le Dr Jean-Paul Meningaud
né le 18-10-66 à Alicante (Espagne)

Directeur de mémoire : Pr Marc-Alain Descamps

PLAN

I INTRODUCTION

II REVUE DE LA QUESTION

Historique de la recherche

Un tiers jeu de langage ?

Vocabulaire :

Historique des définitions du transsexualisme

Le transsexualisme est-il contingent de l'évolution de la société occidentale ?

Hypothèses étiopathogéniques

Théorie organique

Théorie psychanalytique

Théorie environnementale :

Analogies avec d'autres syndromes

Quel est le parcours médical type d'un transsexuel français ?

Quels sont les traitements chirurgicaux actuellement proposés ?

Transsexuel FH

Transsexuel HF :

Jamais le droit n'a participé aussi pleinement à la thérapeutique

La licéité du traitement chirurgical

Le changement d'état civil.

III HYPOTHESES DE RECHERCHE

IV MATERIEL ET METHODE

Méthode

Corpus

Longueur des entretiens:

Principaux centres français prenant en charge le transsexualisme

V RESULTATS

VI DISCUSSION

Les chirurgiens poussent-ils les indications ?

Le chirurgien est-il capable d'évaluer la valeur délirante de la demande ?

Les transsexuels se font-ils opérer à l'étranger ?

Apport thérapeutique de l'intervention ? :

Le suicide

VII CONCLUSION

VIII BIBLIOGRAPHIE

I INTRODUCTION

L'éthique c'est l'esthétique du dedans.
Pierre Reverdy, Le Livre de mon bord.

L'incidence du transsexualisme est faible (1FH pour 100 000 et 1HF/34 000)^{1,2} et pourtant le questionnement posé est immense tant il peut bouleverser nos certitudes sur la condition humaine. Lorsque Simone de Beauvoir disait " On ne naît pas femme, on le devient ", elle songeait à la spiritualité féminine. Les progrès de la science ont rajouté un sens anatomique à cette assertion. Le transsexualisme interroge sur le corps que nous sommes et le corps que nous avons, sur l'être et l'avoir, sur l'être et le paraître. Il remet en cause notre conception cartésienne de la séparation du corps et de l'esprit. Il pose des problèmes éthiques considérables. Un être humain peut-il décider de son propre sexe ? Peut-il disposer de son corps, de son état de personne ? Les théories étiopathogéniques (théorie psycho-hormonale, socio-éducative, oedipienne) confluent pour situer l'origine du trouble dans la sphère cérébrale. La logique voudrait que l'on opère une modification au niveau de l'organe atteint et non au niveau des organes sexuels. Or, en l'état actuel de nos connaissances le corps est plus plastique que la psyché. Par essence, la volonté du demandeur est, elle aussi, cérébrale. Faut-il récuser cette demande puisqu'elle semble illogique ? A cause de leur physique dit " normal " les personnes transsexuelles se sentent niées dans leur existence. Le meilleur choix éthique n'est-il pas de diminuer la souffrance ? Après un résumé des notions indispensables à connaître dans le domaine de la prise en charge des patients transsexuels, ce mémoire s'intéresse plus spécifiquement à la prise de décision opératoire par le chirurgien.

1- Bourgeois M. Troubles de l'identité sexuelle : dysphorie de genre et transsexualisme. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie. 1988;37299 D20,11.,

2- Gallarda T, Amado I, Coussinoux S., Poirier MF, Cordier B, Olié JP. Le syndrome de transsexualisme : aspects cliniques et perspectives thérapeutiques. Encéphale 1997 Sept-Oct;XXIII (V):321-326.

II REVUE DE LA QUESTION

Historique de la recherche

A la suite d'un voyage aux Etats-Unis pour le perfectionnement de ma spécialité (la chirurgie maxillo-faciale), j'ai été confronté à un sujet d'éthique qui m'a motivé pour rédiger ce mémoire dans le cadre du DEA d'éthique médicale et biologique. Il s'agissait au départ d'un homme transsexuel d'origine chilienne, vivant en Hollande, s'étant fait opérer de la poitrine et du sexe en Angleterre et venant finir sa transformation au John Hopkins Hospital par une féminisation du visage sous endoscopie. Le résultat aurait fait pâlir d'envie plus d'une jolie fille.

J'ai pu discuter longuement avec cette personne et comprendre les nombreuses difficultés qu'elle avait dû surmonter. En me documentant sur le sujet, j'ai pu comprendre que les parcours qui arrivaient à leur terme étaient souvent complexes.

De retour à Paris, j'ai été confronté à un itinéraire complètement raté, celui-ci. Il s'agissait d'un homme d'une soixantaine d'années hospitalisé à la Salpêtrière pour un cancer de la face. Cet homme qui s'était toujours considéré comme une femme, ressemblait plus à un travesti sur le retour qu'à un transsexuel, s'attirant incompréhension et raillerie y compris de la part du corps soignant. Ce type de réaction est en fait assez répandu pour tout ce qui a trait à la sexualité. Comble de malheur, ce patient était atteint dans ce qui, pour lui, était le plus important : sa façade sociale, son visage.

J'ai proposé au Pr C Hervé de travailler sur les problèmes éthiques posés par le transsexualisme. Celui-ci s'est montré intéressé et m'a conseillé de m'adresser au Pr M-A Descamps afin de définir un objet de recherche.

Étant moi-même chirurgien, nous avons restreint pour commencer le sujet à son versant chirurgical. Nous avons interrogé les chirurgiens représentant la quasi-totalité des équipes françaises prenant en charge le transsexualisme. Nous voulions n'étudier que la redétermination de sexe dans le sens HF. Cela n'a pas été possible, notre corpus déjà numériquement faible, aurait été amputé de moitié. Quant à l'hypothèse de restreindre le sujet à la féminisation de visage chez le transsexuel, évoquée parce que je suis chirurgien maxillo-facial, elle a été écartée d'emblée. Il n'y a quasiment personne qui s'en occupe en France. Le nombre de publications internationales dans le domaine se limite à 3 ou 4.

Les hypothèses de recherches, le questionnaire ont été élaborés après :
une revue de la littérature dont les références figurent en page 113
une dizaine d'entretiens informels avec des personnes transsexuelles
un entretien préliminaire avec M. Tom Reucher, responsable d'une association de transsexuels : l'Association du Syndrome de Benjamin.

Un tiers jeu de langage ?

Plusieurs personnes peuvent être d'accord sur la définition d'un mot et pourtant lui attribuer une valeur différente en fonction de leur culture et de leur vécu respectif. Le mot " voiture " par exemple, n'a pas la même valeur pour un VRP, un écologiste, un cocher, un usager de la RATP ou un pilote de course.

L'articulation de ces mots affectés de leur valeur constitue un jeu de langage et chaque individu possède le sien. Ainsi, nous pouvons arriver à ne pas nous comprendre parce que nous utilisons des jeux de langage différents. Nous pouvons de surcroît être persuadés de la mauvaise foi de l'autre puisqu'il utilise les mêmes mots que nous et que nous sommes en principe d'accord sur leur usage commun. La tour de Babel n'a pas cessé de se développer : les sources d'incompréhension dépassent de loin les langues (Espagnol, Anglais, Français...), les langages (informatique, mathématique, musical, littéraire, sportif...) et les niveaux de langage (argot, technolècte, diplomatique, familial, professionnel, amical...). Pour sortir de l'impasse J-F Malherbe propose de définir des tiers jeux de langage. Ces derniers ne peuvent être que des horizons car si nous pouvons définir les mots, nous ne pouvons appréhender la vie de tous ceux qui les liront.

Le glossaire qui suit ne sera donc qu'une approche de cette asymptote qu'est le tiers jeu de langage, au sens du philosophe canadien Jean-François Malherbe.

Vocabulaire :

Androgyne : Personne assumant des caractéristiques appartenant aux deux sexes : apparence, comportement, vêtements, rôle social. Les androgynes ne sont pas intéressés par la chirurgie de réassignation sexuelle.

Bisexualité : pratique sexuelle homosexuelle et hétérosexuelle.

BisexualitéFreud : La bisexualité au sens de Freud [*Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. (1905. traduction française). Paris, Gallimard, 1989.]est présente chez tout être humain. Elle se confirme au niveau anatomique par la présence de vestiges de l'autre sexe : seins chez l'homme, clitoris chez la femme et au niveau psychique par la double identification au père et à la mère. Drag Queens Ce phénomène est très bien décrit dans le film " Priscilla Queen of the Desert " du Réalisateur Stephan Elliott. :

Les drag Queens sont des hommes qui se déguisent en femme kitsch pour le plaisir de faire la fête.

Dysphorie de genre : désigne l'état de tous les sujets, transsexuels compris, qui souffrent de leur statut social relatif au sexe *Frohworth C, Breton J, Gorceix A. Les problèmes médico-juridiques posés par le transsexualisme en 1986. A propos de 148 cas de dysphorie du genre. Ann Med Interne 1987;138(1):8-12..

Eoniste : sujet portant les vêtements du sexe opposé mais sans en tirer un plaisir érotique contrairement au travesti.

Hermaphrodisme vrai [Alken CE, Sokeland J. Urologie. Paris: Masson,1983:311.]

État intersexuel rare défini par la présence chez un même sujet de tissu testiculaire et de tissu ovarien séparés ou fusionnés en un seul organe. Le sexe chromosomique est habituellement XX, rarement XY, ou en mosaïque. Le psychisme s'oriente habituellement vers le sexe attribué par l'éducation. Le traitement s'effectue en fonction de l'orientation psychique et non chromosomique.

Homosexualité : pratique sexuelle continue dans le temps et quasi-exclusive avec des individus du même sexe.

Identité élémentaire : Elle procède ontologiquement de l'altérité homme/femme qui organise l'espèce humaine. Elle se décline sur trois dimensions : l'identité de genre, l'identité sexuée et l'identité sexuelle.

Identité de genre : sentiment d'être un homme ou une femme (ou dans certains cas rarissimes transgenre) indépendamment de l'identité sexuée et de l'identité sexuelle. Toutes les combinaisons sont possibles. Par exemple une personne ayant tous les caractères biologiques d'une femme (identité sexuée féminine) peut avoir le sentiment d'être un homme (identité de genre masculine) et éprouver une attirance sexuelle pour les hommes (identité sexuelle homosexuelle)*

* Coleman E, Bockting WO, Gooren L. Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. Arch Sex Behav. 1993;22(1):37-50. " Description of male-to-female transsexuals who are sexually attracted to men are rare. This is a report on nine of them. [...] Further, our study invites us to rethink the genital criterion in the assessment of sexual orientation " ..

Elle est structurée avant l'âge de deux ans, donc avant la maîtrise du langage et bien avant la maîtrise du genre grammatical.

Identité sexuée : Elle reflète le sexe morphologique. Le genre humain va au-delà du dimorphisme (homme/femme) et comprend les intersexués.

Identité sexuelle : Elle reflète l'orientation sexuelle.

Intersexué : Etat d'un sujet chez lequel coexistent des caractères mâles et femelles. Les intersexués comprennent les hermaphrodites et les pseudo-

Orientation sexuelle : hétérosexualité, homosexualité, bisexualité, auto-érotisme, fétichisme, pédophilie, zoophilie, etc.

Pseudo-hermaphrodite : État caractérisé par la présence chez un même individu de gonades d'un sexe déterminé et de caractères sexuels secondaires appartenant à l'autre sexe ou aux deux sexes. On parle de pseudo-hermaphrodisme mâle ou femelle par référence au sexe gonadique du sujet. Dans les pseudo-hermaphrodismes mâles, on distingue : 1/ les pseudo-hermaphrodismes par aberration chromosomique (éventualité rare, avec habituellement mosaïque 46,XY/45,XO) ; 2/ les pseudo-hermaphrodismes d'origine génique comprenant le syndrome du " testicule féminisant " avec caryotype normal 46,XY. Il s'agit d'une résistance tissulaire aux androgènes ; 3/ les pseudo-hermaphrodismes avec dysgénésie gonadique vraie ou mixte. Les pseudo-hermaphrodismes femelles sont dus, dans la grande majorité des cas, à une virilisation secondaire lors de la vie fœtale, généralement conséquence d'une hyperplasie surrénale congénitale.

Syndrome de Benjamin : transsexualisme

Transgenre : personnes se vivant homme et femme, masculin et féminin de façon simultanée et assumant cette double appartenance.

Transsexualisme : Désaccord profond et inébranlable entre l'identité de genre et l'identité sexuée. La conséquence est un désir impérieux d'obtenir un changement de sexe civil et anatomique. Le concept d'identité sexuelle ne contribue en rien à définir le transsexualisme.

Transsexuel HF ou FH : indique la direction de la transformation : homme vers femme ou femme vers homme.

Transsexuel primaire [Stoller R. Masculin ou féminin. Paris: PUF, 1989.]: tous les transsexuels primaires HF (FH) ont été féminins (masculins) sans interruption depuis leur toute petite enfance.

Transsexuel secondaire : le comportement correspondant à l'autre genre commence plus tard, souvent à la fin de l'adolescence.

Travestissement : Besoin de se présenter sous les apparences de l'autre sexe. Le sujet en éprouve une satisfaction érotique (travestisme). Le travestissement peut s'observer passagèrement chez l'enfant à la phase de latence, par simple identification ludique. Il peut aussi déjà traduire à cet âge un refus de son sexe.

Historique des définitions du transsexualisme

Il suffit de se souvenir que ce n'est qu'en 1973 que l'American Psychiatric Association vota l'élimination de l'homosexualité du DSM II*[En 1980, le terme d'homosexualité égo-dystonique figure dans le DSM III, toute référence à l'homosexualité comme maladie mentale disparaît en 1987 dans le DSM III R.] pour se rendre compte à quel point l'historique des définitions peut illustrer l'évolution des mentalités. C'est à ce titre que nous proposons un historique des définitions Celui-ci ne se veut pas exhaustif. :

En 1953, le Dr Harry Benjamin^{3,4,5} [3 - Benjamin, H. Transvestism and transsexualism. Int. J. Sex. 1953;7(1). et 4 - Benjamin, H. Transvestism and transsexualism, . Am. J. Psychother. 1954;8:219-244. et 5 - Benjamin H. Nature and Management of transsexualism, with a report on 31 operated cases. Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology 1964;72:105-111.] décrit le transsexualisme comme une entité nosographique qui n'est ni une perversion, ni une homosexualité et donne la définition suivante : "Le transsexualisme est le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle ".

En 1968, Robert Stoller définit ainsi le transsexualisme : " Le transsexualisme est la conviction d'un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe ; chez l'adulte, cette croyance s'accompagne, de nos jours, de demandes d'interventions chirurgicale et endocrinienne pour modifier l'apparence anatomique dans le sens de l'autre sexe 6 " [Stoller R.J. Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme. Paris, Gallimard, 1978.

Collection : connaissance de l'inconscient. 406p. La version anglaise date de 1968.]

1980 DSM III 7 [American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed., rev APA, Washington, D.C., 1980.]

Le transsexualisme fait son entrée dans DSM. Il est classé dans les troubles psychosexuels.

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 de façon continue pendant au moins deux ans.

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

E. Non dû à un autre trouble mental comme la schizophrénie.

En 1982, dans un rapport approuvé à l'unanimité par l'Académie de médecine, le professeur Küss définit ainsi le transsexualisme 8 [Küss R. Rapport de la séance du 29 juin 82 à l'Académie de médecine. :] " Sentiment profond et inébranlable d'appartenir au sexe opposé, malgré une conformation sans ambiguïté en rapport avec le sexe chromosomique et besoin intense et constant de changer de sexe et d'état civil ".

En 1987 Frohwirth, Breton et Gorceix⁹ [Frohwirth C, Breton J, Gorceix A. Les problèmes médico-juridiques posés par le transsexualisme en 1986. A propos de 148 cas de dysphorie du genre. Ann Med Interne 1987;138(1):8-12.] donnent les précisions suivantes : " Le transsexualisme est une affection mentale rare qui consiste, chez un sujet normalement constitué, en la conviction d'appartenir au sexe opposé. Cette conviction est précoce, permanente et inébranlable. C'est une idée prévalante, c'est-à-dire une idée fixe qui occupe de façon quasi permanente le champ de la conscience et qu'il faut différencier de l'idée délirante d'une part (le transsexualisme n'a pas les caractères cliniques d'une psychose), et de l'idée obsédante d'autre part (qui est ressentie comme étrangère par le sujet qui cherche à s'en débarrasser) ".

1987 DSM III 10 [R American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed., rev APA, Washington, D.C., 1987.] : Le " trouble psychosexuel " disparaît du DSM III au profit du " trouble sexuel ". Le transsexualisme fait partie des troubles de l'identité sexuelle. Le critère d'exclusion représenté par la schizophrénie n'apparaît plus. Le transsexuel souhaite être débarrassé non pas de ses " organes génitaux " mais de ses " caractères sexuels primaires et secondaires "

A. Sentiment persistant d'inconfort et d'inadéquation par rapport à son sexe désigné.

B. Désir persistant, pendant au moins deux ans, de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires, et d'acquérir les caractéristiques du sexe opposé.

C. Le sujet a atteint l'âge de la puberté.

1994 DSM IV 11 [American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed., rev APA, Washington, D.C., 1994.] : ce sont les troubles de l'identité de genre qui sont définis dont fait partie le transsexualisme.

A. Une identification forte et persistante avec l'autre genre (et non simplement un désir pour ce qui serait perçu comme un quelconque avantage culturel d'être de l'autre sexe). Chez l'adolescent et l'adulte, cette perturbation se manifeste par des symptômes comme le désir déclaré d'être de l'autre sexe, le fréquent passage à l'autre sexe, le désir de vivre ou d'être traité comme l'autre sexe, ou la conviction qu'il ou elle a les sentiments et réactions caractéristiques de l'autre sexe.

B. Sentiment persistant d'inconfort avec son sexe ou un sentiment d'inadéquation par rapport au genre désigné par son sexe. Chez l'adolescent et l'adulte, cette perturbation se manifeste par des symptômes comme la préoccupation de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires [...] ou la croyance qu'il ou elle est née avec une erreur de sexe.

C. Ce diagnostic n'est pas compatible avec des critères physiques d'intersexualisme.

D. Cette perturbation est à l'origine d'une importante détresse ou d'un handicap social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

En 1996, la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 10 12 [Version la plus récente (1996) de la classification internationale des maladies.]) définit le transsexualisme comme un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé pendant au moins deux ans.

Le transsexualisme est-il contingent de l'évolution de la société occidentale ? La tentation est grande de distinguer des cas de transsexualisme dans les mœurs de certains groupes ethniques. Beaucoup d'auteurs ne s'en privent pas* [Rodota S. Présentation générale des problèmes liés au transsexualisme. In Colloque de droit européen à Amsterdam, 14-16 avril 1993; Strasbourg: Editions du conseil de l'Europe, 1995. Transsexualisme, médecine et droit. Actes XXIII.].

Bon nombre d'ouvrages sur le transsexualisme citent ainsi le cas des Inuits, des Hijras en Inde, des Berdaches, de certaines sociétés polynésiennes... Récemment Coleman, Colgan et Gooren décrivent le cas des Acaults en Birmanie * [Coleman E, Colgan P, Gooren L. Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma) : a description of the acault. Arch Sex Behav. 21(3);313-21:1992..]

En fait, les critères d'appartenance à ces groupes ne recourent pas strictement ceux du transsexualisme.

Les Hijras constituent des quasi-castes [Nanda S. Hijras : an alternative sex and gender role in India. In Herdt G. editor. Third sex, third gender. New York: Zone Books, 1994: 373-417.] en Inde ; or, les transsexuels ne cherchent pas à faire partie d'une communauté ou à être identifiés comme un troisième genre. Ils cherchent au contraire à se fondre dans le sexe opposé. Les Hijras se font émasculer (en principe par l'un des membres de la communauté) dans le cadre d'un culte rendu à la déesse Bachurata Mata (les transsexuels ne veulent aucun culte spécifique). Actuellement les Hijras suivent des traitements hormonaux, et beaucoup se feraient pratiquer une vaginoplastie s'ils le pouvaient. Beaucoup se prostituent. Ces communautés comportent certainement dans leurs rangs des transsexuels HF, mais forment cependant un ensemble disparate comprenant des homosexuels au comportement féminin, des hommes impuissants, des intersexuels, et des enfants recrutés et émasculés contre leur gré.

Les Acaults : En Birmanie, les hommes au comportement féminin sont appelés Acaults. Il persiste chez ce peuple bouddhiste, une croyance animiste selon laquelle la déesse Manguedon prend possession de certains hommes pour leur transmettre la féminité. Bien que non enviés, les Acaults sont respectés dans leur rôle de chamans. En fait, les concepts de transsexualisme, de transvestisme, et d'homosexualité ne sont pas distingués.

Les Xaniths : Ils font partie de la culture islamique d'Oman. Ce sont des hommes qui gardent leur nom d'homme mais peuvent porter le vêtement féminin traditionnel et partager la vie sociale des femmes. Ils n'ont ni le statut d'homme ni celui de femme.

Les Berdaches font partie de la culture des indiens d'Amérique. Ce sont des hommes ou des femmes généralement homosexuels et s'habillant avec les vêtements de l'autre sexe. Ils sont investis d'un statut sacré [Roscoe W. How to become a berdache : toward a unified analysis of gender diversity. In Third sex, third gender. Herdt G. ed, New York, Zone Books.]

Polynésie : Besnier [Besnier N. Polynesian gender liminality through time and space. In Herdt G, editor. Third sex, third gender. New York: Zone Books, 1994:285-328] décrit comme admise par les sociétés polynésiennes, la possibilité pour les hommes d'assumer des rôles de femme : vêtements, travaux, rapports avec des hommes. Ces hommes ne revendiquent pas le fait d'être des femmes.

Les Inuits [Saladin d'Anglure B. Le troisième sexe. La Recherche Juillet-Août;245(23):836-844.]: Chez les Inuits, un garçon peut à la naissance être considéré comme une fille et réciproquement. C'est la mère qui décide du sexe de l'enfant en fonction de différents critères : vécu de la grossesse, rêves, apparence des organes génitaux externes, sexe de la fratrie... Ces enfants sont appelés à devenir des chamans.

Il existe de nombreux autres exemples de culture où l'assignation du genre ne suit pas les archétypes de la société occidentale (mahus tahitiens, fa'afafines samoans, fakafefines des Tongas, ...). A notre sens, ces études anthropologiques ne permettent pas une assimilation avec le transsexualisme. Leur intérêt se situe ailleurs. Elles permettent de mieux définir ce qu'est l'identité. Elles éclairent le concept d'identité élémentaire avec ses différentes composantes. Ainsi, l'équation :

identité élémentaire = identité sexuée + identité de genre + orientation sexuelle

peut avoir plus de solutions que les deux seules qui sont communément admises dans notre société, c'est à dire :

Homme = sexe XY + sentiment d'être un homme + hétérosexualité

et

Femme = sexe XX + sentiment d'être une femme + hétérosexualité

Hypothèses étiopathogéniques

Plusieurs théories en apparence très différentes sont en vogue sur la question du transsexualisme. Nous ne pensons pas qu'elles s'excluent les unes les autres. Pourquoi, tout comme l'hypertension artérielle ou le diabète, le transsexualisme ne serait-il pas multifactoriel ? Il serait ainsi, la résultante d'une anomalie psycho-hormonale, de facteurs socio-éducatifs et d'un vécu original du complexe d'œdipe.

Théorie organique

Il est bien établi que la latéralisation du cerveau, ainsi que les capacités verbales et spatiales varient en fonction du sexe. Plusieurs études ont montré des profils plus proches de leur genre cérébral que de leur genre biologique [Buvat J, Lemaire A, Ratajczyk J. Responsabilité hormonale au cours des dysfonctions sexuelles, l'homosexualité, le transsexualisme, les comportements sexuels déviants : diagnostic et conséquences thérapeutiques. *Contracept Fertil Sex* 1996 Nov;24(11):834-46.]. Les essais de manipulation hormonale à l'âge adulte n'ont aucun effet sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Ainsi, la théorie qui prévaut actuellement est celle d'une différenciation de l'identité de genre par interaction de certains centres cérébraux avec une production aberrante d'hormones sexuelles pendant la vie fœtale ou périnatale [Gooren L. The endocrinology of transsexualism : a review and commentary. *Psychoendocrinology* 1990;15(1):3-14.]. Cette hypothèse a pu être vérifiée sur plusieurs modèles animaux :

rats [Harris GW, Levine S. Sexual differentiation of the brain and its experimental control. *Journal of physiology* 1966;181:379.]

cochons d'Inde [Goy RW, Phoenix CH, Meidinger R. Postnatal development of sensitivity to estrogen and androgen in male, female, and pseudohermaphroditic guinea pigs. *Anatomical record* 1967;157:87.]

et singes [Goy RW. Organising effects of androgen on the behavior of rhesus monkeys. In *Endocrinology and human behavior*. London: Oxford University Press, 1968:2#12_12.].

Tout le problème est maintenant de savoir comment extrapoler ces résultats à l'homme. En effet, des modèles animaux très voisins sur le plan génétique peuvent avoir des réactions physiologiques très différentes.

D'autre part, Zhou JN et al [Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, SWAAB DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 1995 Nov;6552(378):68-70.] ont récemment publié dans la prestigieuse revue *Nature* qu'une petite aire cérébrale nommée BSTc (central subdivision of the bed nucleus of the stria terminalis division centrale du noyau du lit de la stria terminalis.) essentielle pour le comportement sexuel est plus grande chez les hommes que chez les femmes. Or, d'après la même étude, la taille du BSTc des transsexuels HF est la même que celui des femmes. Cela n'est évidemment pas

incompatible avec l'hypothèse énoncée ci-dessus mais pour l'instant rien n'est encore tranché.

Théorie psychanalytique

Tout être humain est confronté à la différence des sexes à travers les relations intimes de ses parents dont il est exclu. Cette condition humaine constitue le substrat sur lequel se développe le complexe d'œdipe. C'est à dire, selon Freud, le désir pour le garçon d'épouser sa mère et donc d'éliminer le père. Les transsexuels ne parviendraient pas à dépasser le complexe d'œdipe par un jeu d'identifications aux parents satisfaisant. Le transsexuel confondrait, d'après Lacan* [d'après Marcel Czermak et Henry Frignet In Collectif. Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme. Paris: Association freudienne internationale, 1996. Page 17.], l'organe pour le signifiant, c'est à dire le pénis réel avec le phallus symbolique.

Théorie environnementale :

Stoller 9 [Stoller R. Masculin ou féminin. Paris: PUF, 1989.] considère que les stimuli environnementaux auxquels est soumis le nourrisson peuvent conditionner et fixer l'identité de genre avant l'âge de deux ou trois ans. " Dans des cas rares, malgré des organes génitaux normaux et une assignation de sexe adéquate, le noyau de l'identité de genre peut être influencé par de telles communications subliminales ou inconscientes de la mère en direction du bébé. " Stoller retrouve chez les parents des transsexuels HF primaires, des pères distants et passifs ainsi qu'un encouragement de la part de la mère de tout comportement féminin.

Analogies avec d'autres syndromes

Becker et Mester [Becker D, Mester R. Further insights into transsexualism. Psychopathology 1996;29(1):1-6.] décrivent des analogies entre le transsexualisme HF et l'anorexie mentale (plus fréquent chez la femme). Le dégoût du corps mesuré par son poids serait remplacé par le dégoût du pénis mesuré par sa taille.

Quel est le parcours médical type d'un transsexuel français ?

Il ne s'agit pas ici de rentrer dans le détail, mais juste de situer les choses, afin de rendre la lecture de ce mémoire plus facile au lecteur peu familier du sujet.

Le transsexuel consulte un psychiatre travaillant au sein d'une équipe spécialisée (avec un endocrinologue et un chirurgien). Il s'agit dans un premier temps de faire le diagnostic différentiel avec les perversions ou les dysmorphophobies accompagnant certaines psychoses.

Ensuite un bilan organique est réalisé : bilan endocrinien, caryotype, radiographique afin de faire le diagnostic différentiel avec les états d'intersexualisme.

Un suivi psychiatrique d'une durée minimale de deux ans est réalisé afin de tester la motivation du patient. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie, même si un soutien psychologique peut par ailleurs être nécessaire, les états dépressifs associés étant fréquents.

Le Traitement hormonal [Luton JP, Bremont C. La place de l'endocrinologie dans la prise en charge du transsexualisme. Bull Acad Natl Med 1996 Jun-Jul;180(6): 1403-7.]: le traitement se décompose en deux phases :

Transsexuel HF 1/ six mois de traitement antiandrogène (dévirilisation)
2/ association d'hormones féminines (féminisation)

Transsexuels FH 1/ six mois de traitement progestatif (déféminisation)

2/ un traitement par testostérone (virilisation)

Les opérations chirurgicales :
Transsexuel HF (1 temps) 1/ Castration
2/ Vaginoplastie

Transsexuel FH (3 temps minimum) 1/ Mammectomie
2/ Hystérectomie
3/ Phalloplastie.

Le changement d'état civil (sexe et prénom) par demande faite au tribunal de grande instance du lieu de résidence. Cette procédure prend au moins un an mais souvent beaucoup plus, nécessite une expertise et peut s'avérer onéreuse pour les patients ne bénéficiant pas de l'aide juridictionnelle.

Dans la pratique les parcours ne suivent pas à la lettre ce schéma. Quelques exemples :

* A Lyon, le professeur Leriche exige le changement d'état civil avant de procéder à l'intervention.

* Depuis janvier 1995, la procédure de " changement de prénom dans l'intérêt légitime " étant devenue simple à effectuer, beaucoup la réalisent à l'issue du traitement hormonal sans attendre l'intervention.

* L'épilation, la rééducation orthophonique, les prothèses mammaires, les interventions maxillo-faciales sont réalisées à des temps extrêmement variables.

* Beaucoup de transsexuels FH sursoient à la phalloplastie.

Quels sont les traitements chirurgicaux actuellement proposés ?

A propos des traitements proposés aux transsexuels, le philosophe canadien Jean-François Malherbe [Malherbe J-F. Les paradoxes de l'éthique clinique : un cas de chirurgie transsexuelle. Fondements de l'éthique clinique. FRSQ-U6. 1996 Dec 10:page 4.] pose la question suivante : " Il y a ici, indépendamment de la personne en demande d'aide, une question d'ordre général qui semble restée impensée jusqu'ici : la plasticité humaine est-elle plus accessible par le psychisme ou par l'organisme ? Ou plus radicalement encore : l'être humain est-il plastique, et dans quelle mesure ? Sa plasticité n'est-elle pas d'abord d'ordre spirituel ?"

La longue expérience de Jacques Breton et Bernard Cordier fondée sur l'examen d'environ 700 cas sur une trentaine d'années, répond en écho : " Notre expérience [...] nous incite à penser que la thérapeutique médico-chirurgicale de changement de sexe (ou conversion ou réassignation sexuelle) est actuellement justifiée dans certains cas à titre palliatif, malgré son caractère illogique, mutilant et irréversible, car elle constitue la seule possibilité de soulager la grande souffrance qu'éprouve ces patients " [Breton J, Cordier B. Aspects psychiatriques du transsexualisme. Bull Acad Natl Med 1996 Jun-Jul;180(6):1389-93..]

Transsexuel FH :

Hystérectomie : Il s'agit le plus souvent d'une colpo-hystérectomie avec annexectomie par voie haute.

Mastectomie : Pour des raisons de convenance sociale, c'est généralement la première intervention réalisée par le transsexuel FH. Il s'agit d'une mastectomie sous-cutanée laissant une cicatrice en J ou en T inversé. Lorsque le

volume glandulaire est faible, elle peut être réalisée par voie péri-aréolaire. La difficulté technique consiste dans la position finale de l'aréole de façon à parvenir à un morphotype thoracique masculin* [Legaillard P, Pélissier P, Péres JM, Martin D, Baudet J. Le transsexualisme: aspects chirurgicaux. Ann Chir Plast Esthet 1994 Feb;39(1):43-55.].

Phalloplastie : Depuis Borogas [Borogas N. Über die voll plastische Weidenherstellung eines zum koitus fähigen penis. Zentralbl Chir, 1936;63:1271.] en 1936, de très nombreux procédés ont été décrits. Philippe Legaillard en fait l'historique dans sa thèse de médecine [Legaillard Ph. Le transsexualisme : aspects chirurgicaux. Expérience du service de chirurgie plastique de Bordeaux. Thèse Méd, Bordeaux, 1992.]. Les objectifs sont les suivants : créer un urètre permettant d'uriner debout, préserver une sensibilité tactile et érogène, obtenir une rigidification par greffon de cartilage costal ou par prothèse, obtenir le meilleur résultat esthétique possible. Actuellement, la technique microchirurgicale de reconstruction par lambeau libre antébrachial emporte la faveur de la plupart des équipes [Hage J. Les conditions et conséquences médicales des interventions chirurgicales pour changer de sexe. In Colloque de droit européen à Amsterdam, 14-16 avril 1993; Strasbourg: Editions du conseil de l'Europe, 1995.Transsexualisme, médecine et droit. Actes XXIII] . Elle consiste à prélever un lambeau sur la face antérieure de l'avant bras pédiculé sur l'artère et la veine radiale. Le lambeau est enroulé sur lui-même de façon à recréer un urètre [Meyer R, Daverio PJ, Dequesne J. One-stage phalloplasty in transsexuals. Annals of plastic surgery 1986;16(6).]. Un greffon de cartilage costal permet d'obtenir une rigidité satisfaisante. L'alternative est représentée par les lambeaux tubulés loco-régionaux abdominaux. Certaines équipes françaises privilégient cette méthode.

La plastie scrotale : elle peut être réalisée en même temps que la phalloplastie à l'aide des tissus périnéaux et de prothèses testiculaires.

Les contours pelviens : Une liposuction peut être proposée.

Transsexuel HF :

Vaginoplastie : Elle est précédée d'une orchidectomie bilatérale. Le principe consiste à créer un néo-vagin à l'aide de la peau du fourreau pénien invaginée en doigt de gant dans un espace créé entre vessie et rectum. [Edgerton MT.

Surgical construction of the vagina and labia in male transsexuals. Plast

Plastie des lèvres et du clitoris : Les grandes et les petites lèvres sont reconstruites à l'aide des tissus provenant du scrotum. Le néo clitoris est reconstruit à l'aide d'un fragment de tissu érectile dont on préserve le pédicule vasculo-nerveux.

Prothèse mammaire : La méthode la plus courante consiste en l'utilisation de prothèses remplies de sérum physiologique placées derrière le muscle pectoral par voie axillaire. Ce traitement n'est justifié que si le traitement hormonal ne permet un développement glandulaire suffisant.

Chirurgie de féminisation de visage : Les techniques proposées [Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ, Gooren LJ. Facial corrections in male to female transsexuals : a preliminary report on 16 patients. J Oral Maxillofac Surg, 1996 Apr;54(4):413-8. et Hage J, Becking A, de Graaf F. Gender-confirming facial surgery : considerations on the masculinity and femininity of faces. Plast. Reconstr. Surg 1997;99(7):1799-808.] sont empruntées à la chirurgie maxillo-faciale : réduction de l'angle mandibulaire, génioplastie de recul, greffon d'apposition malaire, ostéotomie des arcades zygomatiques avec greffon d'interposition, rhinoplastie, lissage du front, ascension de la queue du sourcil.

Plastie de la pomme d'Adam : Chondroplastie thyroïdienne.

Chirurgie d'adaptation vocale : Lorsque la rééducation orthophonique n'a pas donné le résultat escompté, une chirurgie de retension des cordes vocales peut être proposée. Les résultats ne sont pas constants et une rééducation orthophonique postopératoire est nécessaire. L'épreuve de vérité pour le transsexuel HF est de se faire appeler madame au téléphone.

Jamais le droit n'a participé aussi pleinement à la thérapeutique

Les traitements actuellement proposés ou demandés par les patients atteints du syndrome de Benjamin ont d'emblée posé deux types de problèmes juridiques : la licéité du traitement chirurgical et la modification de l'état civil.

La licéité du traitement chirurgical

Certaines actions humaines peuvent sembler éthiques et sont pourtant illicites d'après le mot à mot des textes. La justice n'est pas la simple application du droit. Aucun texte n'autorise explicitement les interventions de réassignation sexuelle. La Loi édicte-t-elle des principes contraires ? Ces interventions pourraient être considérées comme des infractions à l'article 309 du Code pénal qui réprime les coups et blessures volontaires. Les opérations sur les transsexuels seraient considérées comme illicites, dans le sens où elles transforment un corps morphologiquement normal sans chercher à le réparer. L'exérèse d'une tumeur ou une ostéosynthèse réparent le corps. Celui du transsexuel est anatomiquement normal. L'article 316 du Code pénal réprime le crime de castration. Dans le cas général des mutilations, le consentement du patient ne peut être invoqué. Heureusement pour les chirurgiens concernés, les tribunaux français n'ont qu'exceptionnellement eu à se prononcer sur la licéité d'une intervention de réassignation sexuelle [Branlard J-P. Le Changement de sexe d'après les règles de fond. page 429 § 1244 in Le sexe et l'état des personnes : aspects historique, sociologique et juridique. Paris: Bibliothèque de droit privé, librairie générale de droit et de jurisprudence, 1993.] contrairement à celle de l'excision [Ablation rituelle du clitoris (et parfois des petites lèvres de la vulve), pratiquée chez certains peuples.] ou de l'infibulation [Opération qui consiste à faire passer un anneau (fibule) à travers les petites lèvres chez la femme ou à coudre partiellement celles-ci. L'infibulation est toujours pratiquée de nos jours sur les fillettes et les jeunes filles chez certains peuples, notamment en Afrique.]. Deux chirurgiens niçois furent néanmoins condamnés au pénal en 1990 pour délit de blessures volontaires [Branlard J-P. Le Changement de sexe d'après les règles de fond. page 430 § 1247 in Le sexe et l'état des personnes : aspects historique, sociologique et juridique. Paris: Bibliothèque de droit privé, librairie générale de droit et de jurisprudence, 1993.]. Il s'agissait d'une plainte

déposée par la famille d'un patient s'étant suicidé suite à une intervention de conversion sexuelle.

Maintenant l'article 3 de la loi dite " de bioéthique " du 29 juillet 1994, relative au respect du corps humain pourrait être invoqué. Celui-ci introduit une notion de finalité permettant de justifier certaines atteintes à l'intégrité du corps humain : " Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. [...] Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas capable de consentir ".

Le changement d'état civil.

Le changement d'état civil s'assortit impérativement au changement de sexe, sans quoi les interventions n'ont plus de sens. Pierre Banzet précise concernant cet aspect [Banzet P, Revol M. L'expérience chirurgicale. Bull Acad Natl Med 1996 Jun-Jul;180(6):1396]. : " Retrouver un statut conforme à l'aboutissement de la décision médicale en est le complément indispensable. En son absence, le sujet ne peut que se trouver marginalisé, exposé à des tracasseries administratives de tout instant, souvent incapable de retrouver un emploi. Il se trouve pratiquement exclu de toute possibilité de réinsertion sociale équilibrée ". Jamais le droit n'a participé aussi pleinement à la thérapeutique d'un syndrome en particulier.

Il n'existe pas en France de loi qui régit le changement de sexe en matière de transsexualisme [Chiland C. Chapitre X. Le changement d'état civil. page 194 In Chiland C. Changer de sexe. Paris: Odile Jacob, 1997. " La France en est là. Il n'y a ni demande d'autorisation préalable au traitement, ni loi, un certain nombre de pays européens ayant l'une ou l'autre, ou l'une et l'autre ".]. Il en va différemment dans quelques pays voisins. Si le droit comparé ne peut constituer une justification en soi, il est néanmoins révélateur d'un changement de mentalité en Europe. Ainsi la Suède (Loi du 21 avril 1972), l'Italie (Loi du 14 avril 1982), les Pays-Bas (Loi en vigueur depuis le 1er août 1985), l'Espagne (arrêt de la cour suprême du 19 avril 1991) et l'Allemagne (Loi du 10 septembre 1980) ont apporté une solution par voie législative [Gélinau-Larrievet G, Crédeville A-M. Transsexualisme et état civil. Audience du 4 décembre 1992. Rapport présenté devant l'assemblée plénière. Cours de cassation. In collectif. Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme. Paris: Association freudienne internationale, 1996.]. Un résumé de ces différentes législations est donné en annexe (annexe 1). C'est en évoquant l'exemple italien, qu'en 1982, le sénateur Henri Caillavet commence à exposer sa proposition de loi [Caillavet H. Proposition de loi tendant à autoriser les traitements médico-chirurgicaux pour les anomalies de la transsexualité et à reconnaître le changement d'état civil. N°260 Sénat, seconde session ordinaire de 1981-1982. Annexe au procès-verbal de la séance de 9 avril 1982. " L'Italie, pays réputé peut être à tort conservateur mais empreint d'une civilisation durant laquelle les mœurs étaient plus libérées qu'aujourd'hui, a voté très récemment une loi autorisant les rectifications sur les documents officiels pour les transsexuels et a légalisé pour ces derniers les interventions chirurgicales en vue de changer de sexe ".] tendant à autoriser les traitements médico-chirurgicaux et à reconnaître le changement d'état civil des transsexuels. Depuis, il n'a été donné aucune suite à cette proposition et la question transsexuelle ne faisait pas partie des propositions de loi dites " de bioéthique " votées en juillet 1994. Aucun texte ne régit en France le transsexualisme, le système français repose sur la jurisprudence qui s'est développée et sur les arrêts de la cour de cassation [Conseil de l'Europe, commission européenne des droits de l'homme. Requête n°13343/87 B. contre France. Rapport de la commission (adopté le 6 Sept 1990) Strasbourg. page 6 art 22.]. La jurisprudence s'est d'abord fondée sur le sexe morphologique (Arrêt de la cour de cassation du 6 avril 1903). Le changement d'état civil s'obtenait facilement. Un changement radical s'est produit à l'occasion de l'affaire " Coccinelle " (TGI Seine 18 janvier 1965). Les tribunaux se sont fondés sur le sexe génétique, faisant pratiquer une analyse chromosomique. Jusqu'en 1978, les tribunaux de grande instance et les cours d'appel ont rendu des décisions contre le changement d'état civil, invoquant

plusieurs raisons : le respect du corps humain (articles 309, 310 et 316 du code pénal), le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes [D'après Gélinau-Larrivet G. et Crédeville A-M ce principe est exprimé depuis 1972 dans l'article 311-9 du code civil : " Les actions relatives à la filiation ne peuvent faire l'objet de renonciation ". In Collectif. Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme. page 121.], l'atteinte à l'ordre public, l'impossibilité de prouver qu'une erreur a été commise à la naissance [Pettiti LE. Les transsexuels. Paris: PUF, 1992. " Dans la formule la plus stricte, la modification de l'état civil ne peut avoir lieu que si la mention procède d'erreur commise à la naissance, celle-ci pouvant se révéler plusieurs années après ".] ou que la demande de changement de l'état civil ne trouve pas sa cause dans la volonté du demandeur. A partir de 1978, certains tribunaux (TGI et Cours d'appel) ont écarté la définition génétique du sexe pour privilégier le sexe psychique ou social [Par exemple le 10 septembre 1991, un jugement du Tribunal de grande instance de Périgueux, estime qu'en cas de discordance entre les différentes composantes du sexe, les juges doivent rechercher concrètement les critères dominants.] et ont considéré que ces principes n'impliquaient pas l'immutabilité [TGI Toulouse, 25 janvier 1978, TGI Saint Etienne du 11 Juillet 1979 par exemple.]. Une longue période s'est ouverte où des décisions divergentes étaient rendues en fonction des juridictions du fond, sans que la cour de cassation ne réussisse à jouer son rôle unificateur [Gélinau-Larrivet G, Crédeville A-M. Transsexualisme et état civil. Audience du 4 décembre 1992. Rapport présenté devant l'assemblée plénière. Cours de cassation. In collectif. Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme. Paris: Association freudienne internationale, 1996.]. Lorsque le demandeur obtient satisfaction, le ministère public n'utilise qu'exceptionnellement les voies de recours qui s'offrent à lui [La seule exception est à l'origine de l'arrêt du 3 mars 1987 : la première chambre civile se référait à la cause du changement de sexe (non étrangère à la volonté du patient) pour casser un arrêt de la cour d'appel de Nîmes.]. Inversement, lorsque le demandeur n'obtenait pas satisfaction, la première chambre civile de la Cour de Cassation confirmait systématiquement la décision rendue. Entre 1975 et mai 1990, elle a eu l'occasion de statuer une douzaine de fois en la matière. Par exemple, le 16 décembre 1975, la première chambre civile de la cour de Bordeaux avait refusé le changement de sexe sur un acte de naissance estimant que : " Le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes, au respect duquel l'ordre public est intéressé, interdit de prendre en considération les transformations corporelles ainsi obtenues ". Dans un arrêt du 30 novembre 1983, la première chambre civile de la cour de cassation abandonne cette référence à l'indisponibilité de l'état des personnes et estime : " Attendu que la cour d'appel a relevé qu'en dépit des opérations auxquelles elle s'était soumise, S. n'était pas de sexe masculin ; qu'elle a, par ces seuls motifs, légalement justifié sa décision... ".

Le revirement de la cour de cassation le 11 décembre 1992 [Cour de cassation. Arrêt du 11 décembre 1992 rendu en Assemblée plénière. Pourvoi n° 91-11.900/Q Arrêt 361 P]. fait suite à une condamnation de la France par la Cour européenne des Droits de l'Homme dans l'affaire B. contre France. La demande de changement d'état civil de la requérante avait été déboutée par jugement le 22 novembre 1979 du tribunal de grande instance de Libourne. Cette décision sur recours de l'intéressée avait été confirmée par la cour d'appel de Bordeaux. Le pourvoi en cassation formé contre cet arrêt a abouti à un arrêt en rejet, rendu le 31 mars 1987 par la première chambre civile de la cour de cassation. Le 28 septembre 1987, Mme B. saisie la Commission Européenne des Droits de l'Homme, laquelle par une décision le 13 février 1990 déclare recevable les griefs tirés de la violation 3 et 8 de la convention. Le 8 novembre 1990 la Commission saisie la Cour Européenne des Droits de l'Homme [Cour Européenne des Droits de l'Homme. Affaire B contre France (57/1990/248/319) Mémoire de la requérante. Strasbourg, 21 Février 1991.]. Le 25 mars 1992, la Cour Européenne des Droits de l'Homme condamne la France par quinze voix contre six [Cour Européenne des Droits de l'Homme. Affaire B contre France (57/1990/248/319) Arrêt. Strasbourg, 25 mars 1992.], pour violation de l'article 8 de la convention [L'article 8 de la

convention dispose : 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. 2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.]. Les arrêts de la Cour européenne n'ont officiellement pour les états que des conséquences pécuniaires et ne s'imposent pas aux juridictions nationales, mais leur autorité morale est considérable. Cela explique le revirement de jurisprudence du 11 décembre 1992 de la cour de cassation. Cependant, à ce jour, la chirurgie de conversion sexuelle n'est réglemantée par aucun texte spécifique.

La procédure la plus commune en France est la suivante :

Diagnostic et observation prolongée (deux ans) par une équipe psychiatrique expérimentée dans le suivi de tels patients.

Décision collégiale avant hormonothérapie et intervention faisant intervenir, conjointement au psychiatre qui a suivi le patient, un endocrinologue et un plasticien.

Lorsqu'une décision chirurgicale est prise, le conseil national de l'ordre des médecins est informé. Celui-ci couvre tacitement [Branlard J-P. Le Changement de sexe d'après les règles de fond. P. 449 § 1328 In Branlard J-P. Le sexe et l'état des personnes : aspects historique, sociologique et juridique. Paris: Bibliothèque de droit privé, librairie générale de droit et de jurisprudence, 1993.] sur le plan éthique l'intervention.

La caisse Nationale d'assurance Maladie est également informée de cette décision consensuelle. Celle-ci couvre financièrement l'intervention à condition qu'elle se fasse en Centre Hospitalier Universitaire.

III HYPOTHESES DE RECHERCHE

La plupart des études menées dans le domaine du transsexualisme consistent à analyser un échantillon de patients que ce soit sous l'angle psychiatrique, hormonal ou chirurgical. Chaque spécialité analyse les problèmes liés à sa discipline. Par exemple, un psychiatre analysera le pourcentage de suicides sur un échantillon de patients opérés ; un chirurgien étudiera les complications opératoires sur une série de patients ; un endocrinologue évaluera le retentissement organique d'un traitement hormonal. Aucune étude à notre connaissance, n'a cherché à faire une évaluation à travers l'expérience de dix chirurgiens représentant la quasi-totalité des équipes d'un pays prenant en charge ce syndrome. Aucune étude n'a cherché à évaluer la perception que les chirurgiens avaient de leur propre activité, dans ce domaine si particulier, avec comme corollaire, les implications que cette perception peut avoir sur le traitement des patients. Aussi avons-nous entrepris ici ce travail.

Nous avons poursuivi plusieurs objectifs :

1. Un intérêt purement descriptif : donner un instantané sur la prise en charge du transsexualisme à l'échelle d'un pays, à travers l'expérience des chirurgiens.
2. Confirmer notre hypothèse générale : les chirurgiens freinent plus les décisions opératoires qu'ils ne les poussent.
3. Répondre à un certain nombre de questions éthiques :

La réalité du consentement

- Le chirurgien est-il capable d'évaluer la valeur délirante ou non de la demande ?
- En quoi cette demande est-elle plus étudiée que celle de la chirurgie esthétique ?

Apport thérapeutique

- L'intervention est-elle bénéfique ?
- En quoi est-elle thérapeutique ?
- Quelle douleur soulage-t-elle ?
- Que répare-t-elle ?

Cela peut se mesurer facilement à travers :

- Ø Le nombre d'interventions regrettées de la part des chirurgiens.
- Ø Les interventions itératives (patients insatisfaits permanents) : équivalents de regrets.
- Ø La connaissance de cas de suicides après intervention.
- Ø Procédures judiciaires contre les chirurgiens.
- Ø Le pourcentage d'échecs suite à un problème technique : infection, hématome...

Et réciproquement :

- Ø Le nombre de retours positifs : envoi d'une lettre de remerciement, visite de courtoisie plusieurs années après, envoi d'un faire-part de mariage...

La notion de personne

- Le transsexuel est-il considéré avant tout comme une personne ?
- La personne est-elle sexuée ?

IV MATERIEL ET METHODE

Méthode

La méthode de recueil des données utilisées repose sur des entretiens semi-directifs avec des chirurgiens spécialistes. Ces entretiens ont eu lieu entre janvier et juillet 1998. Le questionnaire utilisé figure en annexe 2. Il comprend 13 questions. Celles-ci ont toujours été posées dans le même ordre et avec la même formulation. Toute liberté était donnée afin que le chirurgien interrogé puisse répondre à sa guise : pas de contrainte de temps, aucune interruption, possibilité de répondre d'un mot... Les entretiens ont tous été enregistrés avec l'accord des intéressés. Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité et ont été déposés au Laboratoire d'éthique médicale de la faculté de médecine Necker, sous la responsabilité du Professeur Christian Hervé.

Ce qui est mesuré au cours de ces entretiens, ce n'est pas tant l'activité réelle du chirurgien que l'idée qu'il s'en fait. Par exemple à la question n° 10 (" Comment recueillez-vous le consentement ? "), deux chirurgiens travaillant au sein de la même équipe ont eu des réponses divergentes. L'un précise que les patients signent plusieurs formulaires à chaque étape du traitement. L'autre précise que le consentement est recueilli oralement et que de toute façon il va de soi. Or, les patients de ces deux chirurgiens respectent nécessairement le même protocole. Le premier pense-t-il que le psychiatre fait signer un consentement à l'intervention alors que c'est inexact ? Le second pense-t-il qu'il n'y a pas de consentement signé alors qu'une tierce personne le fait signer sans qu'il ait besoin de s'en préoccuper. Tout est possible mais peu importe de savoir qui détient la vérité. Ce qui est mesuré en l'occurrence, c'est l'importance donnée aux moyens de faire la preuve d'un consentement. Autre exemple : à la question n° 1, six médecins sur dix évoquent le service rendu au malade. Je peux gager que les autres chirurgiens cherchent aussi à rendre service à leurs malades. Ce qui est mesuré ici, c'est l'importance relative donnée à ce critère.

Corpus

Le corpus de cette étude est composé de chirurgiens spécialistes : urologues ou plasticiens. Leur expérience est reconnue dans le domaine de la chirurgie de conversion sexuelle. Le nombre d'entretiens s'élève à 10 au total. A une exception près, tous sont des hommes. Six sont parisiens, quatre exercent dans de grandes villes de province. Tous exercent cette activité dans des centres hospitaliers universitaires ou à vocation universitaire. Les entretiens ont été limités à deux par service prenant en charge le transsexualisme. La moitié a une compétence plus pointue dans le domaine des conversions homme vers femme (et réciproquement pour l'autre moitié). Tous participent occasionnellement à des interventions en dehors de leur domaine de prédilection. Au premier abord, l'effectif peut sembler faible. Il représente néanmoins la quasi-totalité des centres français dont la réputation est établie dans le domaine étudié. Les résultats ne peuvent néanmoins être exploités de façon statistique. L'analyse est qualitative.

Principaux centres français prenant en charge le transsexualisme

Centres Ville Spécificité

Foch (travaille en collaboration avec Saint Louis) Région parisienne

Transformation FH

Saint Louis (travaille en collaboration avec Foch) Paris Transformation HF

Tenon Paris mixte

Pellegrin Bt le Tondu. Bordeaux mixte

Henri Gabriel. Région lyonnaise mixte

V RESULTATS

1 : Quelles sont les raisons qui vous font accepter une intervention de réassignation sexuelle ?

Parmi les raisons qui font accepter une intervention de réassignation sexuelle par un chirurgien, l'une des deux plus fréquemment invoquées est l'avis d'un psychiatre (6/10). "Je suis convaincu que lorsque le diagnostic est clairement établi par un psychiatre, c'est la seule façon de rendre service au patient (entretien 9). " Il ne s'agit pas de n'importe quels psychiatres mais de ceux appartenant à une équipe constituée et soudée. Par exemple, pour pratiquer l'ablation d'une tumeur cutanée, un chirurgien plasticien prend sans trop de difficultés, l'avis d'un dermatologue non spécialisé et qu'il ne connaît pas. Ici, il en va tout à fait autrement, le psychiatre référent est une personne à la fois hyperspécialisée et avec laquelle il travaille depuis longtemps. Dans le même esprit, la notion de décision collégiale intervient une fois sur deux. " Jamais je n'oserais poser un diagnostic seul. J'en suis parfaitement incapable. Je n'ai pas les connaissances requises, et personne ne peut le faire (entretien 6). "

La notion de service rendu au malade est également invoquée six fois sur 10. Si la question posée concernait la cholécystectomie, il est probable que le pourcentage obtenu serait sensiblement le même. Cela signifie qu'à ce titre le transsexualisme n'est pas considéré différemment du reste de la pathologie. Les arguments d'ordre juridique ont été évoqués cinq fois. Cela est très surprenant par rapport à l'intitulé de la question. Il n'y a en France aucun texte spécifique dans ce domaine. La législation italienne par exemple grâce au changement d'état civil préalable, justifie l'intervention. A la limite, ce type d'arguments devrait plutôt être invoqué pour récuser des patients et non pour " accepter une intervention ". C'est d'ailleurs le cas du chirurgien n° 8, qui n'opère plus que les patients ayant déjà obtenu un changement d'état civil. " Je n'opère que les gens qui ont déjà leur changement d'identité, qui sont conformes à l'état qu'on va leur donner [...] Il nous a appris que l'on pouvait nous envoyer en prison, malgré l'accord de la sécurité sociale car il ne s'agissait pas d'un aval juridique. Autrement dit, non seulement moi, mais toute mon équipe étions susceptibles d'aller en prison, soit à la suite d'une plainte du procureur, soit de n'importe qui, pouvant dire que ce que fait ce chirurgien est complètement fou. " C'est en effet l'attitude qui permet la meilleure protection juridique de l'équipe médicale. Néanmoins, la plupart évoque l'aspect juridique comme justification de leur action : " En France, jusqu'à ce jour, les magistrats ne veulent pas prendre de décisions avant que les médecins aient fini leur travail (entretien 6). ", " Un dossier est alors constitué auprès des tribunaux, dans lequel se trouve le certificat médical ainsi que tous les comptes-rendus opératoires prouvant qu'elle n'est plus une femme (entretien 1). ", " J'en ai parlé avec le vice-président du Tribunal de la première chambre de Paris, qui est celle qui désignait précisément les experts, et nous en avons longuement discuté à plusieurs reprises. Il a fait une enquête juridique ; de mon côté, j'ai fait une enquête médico-biologique si je puis dire. Et finalement, nous sommes tombés d'accord sur la conduite à tenir (entretien 4). " L'expérience est une notion qui revient quatre fois pour bien insister sur le fait que la prise en charge de ces patients ne s'improvise pas. Les plus jeunes, qui ne peuvent donc pas alléguer une grande expérience, le font par procuration en mettant en avant celle de l'équipe à laquelle ils appartiennent : " Il y a des psychiatres, le Dr Cordier qui a pris la suite du Dr Breton connaît très bien le sujet puisqu'il voit énormément de transsexuels (entretien 1). " La motivation du patient est un item qui revient quatre fois. Celle-ci est toujours évoquée comme une espèce de garantie que le malade supportera les inconvénients de l'intervention : douleurs, complications éventuelles, suites longues... Cet item n'est jamais évoqué comme un critère de diagnostic qui pourrait pousser le chirurgien à opérer.

En revanche, les arguments médicaux de normalité (bilan hormonal normal, anatomie habituelle, absence de psychose, ...) sont évoqués comme critère de diagnostic (4 fois). N'ayant pas la possibilité de suivre ces patients pendant deux ans comme le font les psychiatres, c'est uniquement à travers la négativité de l'examen médical que le chirurgien parvient à appréhender le diagnostic. Il est néanmoins bien conscient que cela n'est pas suffisant (item 1). La compétence chirurgicale n'est évoquée qu'une seule fois. Cela peut surprendre car ces interventions sont difficiles, souvent longues et minutieuses, peu courantes donc peu enseignées. Les contraintes sont nombreuses : à la fois fonctionnelles et esthétiques. Certains ont été obligés de se former à l'étranger comme le chirurgien n° 3 par exemple. Une compétence dans ce domaine exige un effort supplémentaire de plusieurs années après une formation chirurgicale spécialisée, elle-même lourde. Il faut certainement y voir une marque de modestie qui honore la profession. Mais même si la compétence est peu citée, elle n'en demeure pas moins importante. Ayant eu l'occasion de discuter avec M. Tom Reucher, l'un des responsables de l'Association du Syndrome de Benjamin, j'ai pu m'apercevoir que celui-ci était très bien renseigné sur les techniques et les résultats opératoires (donc les complications) de nombreux chirurgiens français et européens. Les associations de transsexuels font des différences et sont demandeuses d'une assurance-qualité. La Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (association médicale) a publié des recommandations : " Guidelines ". En ce qui concerne la première raison évoquée, il n'y en a aucune qui se détache réellement.

2 : Quelles sont les raisons qui vous font refuser une intervention de réassignation sexuelle ?

Si l'on part de l'hypothèse que le patient examiné est réellement un transsexuel, la raison qui ferait le plus recuser l'indication ou tout au moins la différer concerne la sphère psychologique (8 fois sur 10). " Pour moi, elle était complètement folle, malgré son changement d'identité et l'avis favorable du psychiatre. J'ai refusé de l'opérer. (entretien 8). ", " Les raisons qui nous poussent à refuser l'intervention, c'est la non compliance psychologique...(entretien 3) " Ce résultat n'est pas surprenant, on obtiendrait probablement le même dans n'importe quel domaine de la chirurgie réparatrice. Il s'agit d'interventions non urgentes. Les contraintes sont à la fois fonctionnelles et esthétiques. Certaines de ces interventions sont lourdes en termes de temps opératoire et de disponibilité de l'équipe chirurgicale. Les suites ne sont pas toujours simples. Le chirurgien tient à être certain que le patient assumera avec lui les désagréments inhérents à l'intervention ainsi que les éventuelles complications. Il est probable que le transsexualisme soit une source de problèmes psychologiques, en particulier sur un mode dépressif : il suffit à tout un chacun d'imaginer de se réveiller un beau matin dans le corps de l'autre genre pour le comprendre. Le chirurgien prétend cependant opérer le patient au moment où celui-ci est dans les meilleures conditions psychologiques. L'incertitude diagnostique est citée 7 fois. Cela est expliqué par la difficulté de ce diagnostic. Cela est encore plus vrai dans le cas des transsexuels secondaires (cité deux fois). La référence à une décision collégiale est présentée comme un rempart contre l'erreur diagnostique (cité 5 fois). Chaque fois qu'il y a un doute, le chirurgien préfère surseoir jusqu'à plus ample examen. " En aucun cas, on n'opère les psychotiques, les travestis, les gens qui sont dans une démarche particulière. C'est ma conviction. Donc, je n'opère que les gens dont je suis certain, quand je suis sûr de leur apporter une amélioration. Je préfère refuser par excès que l'inverse (entretien 5). " Concernant les contre-indications techniques, elles n'ont été citées que deux fois. Cela est assez faible. Il y a beaucoup de domaines en pathologie où cet argument aurait été cité plus souvent. Par exemple, les pontages vasculaires sont parfois impossibles chez les diabétiques, certaines tumeurs cancéreuses sont inextirpables, etc. Si la chirurgie de conversion sexuelle pose beaucoup de problèmes techniques, ceux-ci ne semblent pas insurmontables. Le chirurgien n° 3

précise : " Sur le plan anatomique, il n'existe aucune contre-indication à l'intervention. Certains sont plus ou moins aptes à être transformés en femme, sont plus ou moins étroits, sont plus ou moins larges ; il nous faut de la place pour fabriquer un vagin et on a parfois des problèmes de surface cutanée pour tapisser l'ensemble de la cavité vaginale, mais il s'agit de difficultés techniques qui ne représentent jamais une contre indication à l'intervention. On peut toujours arriver à fabriquer une femme à partir d'un homme normal. " Le chirurgien n 7 est plus réservé sur cet aspect des choses. Techniquement, il est toujours possible de réaliser une vaginoplastie, mais lorsqu'il s'agit de féminiser un patient mesurant 190 cm et disposant d'une ossature de bûcheron, le résultat final a toutes les chances d'être décevant.

Les contre-indications médicales ont été citées cinq fois. En cela les transsexuels ne sont pas différents du reste de la population. Les candidats à un geste chirurgical présentent même moins de contre-indication que la population générale. Ils se situent dans la classe d'âge la plus favorable. A l'exception du chirurgien n° 8, aucun n'a évoqué d'arguments juridiques pour récuser certains patients par rapport à d'autres. Celui ci n'opère que les transsexuels ayant déjà obtenu leur changement d'état civil. Sur le plan juridique, cela revient à opérer des intersexuels.

3 : Lorsque vous refusez, comment l'expliquez-vous au patient ?

Dans les faits, le chirurgien est très rarement amené à expliquer un refus d'intervention. La décision est prise au cours d'un comité, et c'est presque toujours le psychiatre qui expose les raisons du refus. Les réponses sont réparties en trois groupes :

Il y a tout d'abord, ceux qui expriment rarement un refus, mais qui sont amenés à le faire lorsqu'un patient prend directement rendez-vous avec eux afin d'essayer de faire fléchir la décision. Il existe deux types de réponse. Soit c'est l'absence de décision collégiale qui est invoquée. Soit le médecin explique au patient qu'il ne tirera pas le bénéfice escompté de l'intervention. Ø " Je leur dis que c'est une décision collégiale et qu'on ne peut revenir dessus (entretien 4). "

Ø " C'était un docker de quatre-vingts kilos, mesurant 1m90, teint en blond ; je lui ai dit alors qu'il était déjà féminisé, qu'on n'arriverait pas à le transformer en belle minette, et qu'il valait mieux qu'il renonce. Si je vois que sur un plan chirurgical on va se retrouver devant une impasse, je leur dis de cette manière (entretien 10). "

Le deuxième groupe est constitué de ceux qui ont une organisation les amenant à exprimer que les refus d'ordre technique ou organique. " je vois des patients qui ont été sélectionnés par des psychiatres. [...] Si bien que je n'ai jamais eu à en réfuter aucun. " La raison est plus facile à expliquer : tabagisme risquant de compromettre une intervention microchirurgicale, témoin de Jéhovah refusant l'hypothèse d'une transfusion, altération de l'état général, etc.

Le troisième groupe (un seul) exprime des refus qui vont au-delà de ce que propose le psychiatre. Il préfère surseoir jusqu'à plus ample examen. " Je ne refuse pas de manière ferme, systématique. Je dis, on verra plus tard (entretien 5). "

4 : Avez-vous déjà été en opposition avec le psychiatre et l'endocrinologue ? Si oui, décrivez les cas les plus conflictuels ?

Les divergences d'opinion sont rares. La moitié n'en a jamais eu. Deux ont émis des réserves sur la chronologie des interventions mais jamais sur les indications. Trois ont eu des divergences mais dans le sens du refus. Deux ont souvent eu des divergences d'opinion, également dans le sens du refus. Un consensus a toujours été trouvé. L'art du consensus n'est-il pas de mettre d'accord des personnes qui ne le sont pas ? Enfin le chirurgien n°5 a eu de rares avis divergents, tous dans le sens du refus. Le consensus n'a pas toujours

été trouvé. " Je garde un droit de veto en fin de course, par rapport à l'indication qui est posée par le psychiatre (entretien 5). "

5 : Avez-vous déjà pris une décision en désaccord avec le psychiatre et l'endocrinologue ?

Si oui, combien de fois ? Décrivez.

Si non, pensez-vous que ces comités soient de pure forme ?

A une exception près, aucun chirurgien n'a pris de décision en désaccord. Ces décisions étaient prises dans le sens du refus. Aucun ne pense que les comités sont de pure forme. Trois ne répondent pas à la question. Le comité est perçu comme un espace de dialogue où l'on peut mieux comprendre le patient et sa pathologie. " Les comités sont indispensables, constructifs et apportent à chacun une connaissance beaucoup plus approfondie de la réalité du patient et permettent à chacun de mieux comprendre ce qui se passe, tant sur le plan endocrinologique, qu'anatomique, que social... [...] Ce sont ces comités qui nous permettent d'apprendre et de perfectionner notre abord du transsexualisme (entretien 3). "

6 : Comment le droit influence-t-il votre décision ? Décrivez des cas précis.

Tous les chirurgiens interrogés possédaient de bonnes connaissances concernant le versant juridique du transsexualisme : absence de textes spécifiques, jurisprudence récente, condamnations, ...

Bien que la question ne soit pas posée, deux chirurgiens ont tenu à préciser qu'ils étaient contre la création d'une loi réglementant le changement d'état civil et les interventions. Deux chirurgiens n'opèrent que les patients ayant déjà obtenu leur changement d'état civil. Or, beaucoup de tribunaux exigent un changement morphologique avant d'accorder le changement d'état civil. Deux chirurgiens ont évoqué des critères moraux dans leur réponse, alors que la question n'était pas précisément orientée vers cet aspect des choses.

Le deuxième tableau illustre les préoccupations juridiques des chirurgiens. Les termes de nature juridique ont été comptabilisés au sein de toutes les réponses n'appelant pas directement une réponse de cet ordre (question de 1 à 13, question 6 exclue). On peut noter qu'elles sont importantes. Elles sont également constantes quel que soit le chirurgien interrogé (données non montrées).

7 : Comment le patient cherche-t-il à vous influencer (menaces, séduction) ?

8 : Comment y parvient-il le mieux ?

Il s'agit ici d'examiner les pressions auxquelles peuvent être soumis les chirurgiens par les candidats à une chirurgie de conversion sexuelle (transsexuels mais surtout nontranssexuels). Elles sont inefficaces sur l'indication opératoire dans 100% des cas. Leur seule et unique influence et de réduire le délai de prise en charge opératoire, à partir du moment où l'indication a été posée de façon collégiale. Les menaces sont tout de même relativement fréquentes puisque 6 chirurgiens sur 10 en ont subi. " Les menaces sont fréquentes ; des menaces de fous, on en a beaucoup, du type, je vais vous casser la figure si vous ne m'opérez pas, je vais porter plainte pour non-assistance à personne en danger (entretien 2). " Elles se retournent invariablement contre le candidat, parce qu'elles prouvent que le patient n'est pas stable sur le plan émotionnel, et elles remettent en cause le diagnostic sur le plan psychiatrique. " Nous sommes très entraînés à résister. Les menaces ne marchent jamais sur un chirurgien. La manœuvre de séduction se retourne le plus souvent contre le patient, puisque nous cherchons à opérer uniquement les gens très stables sur le plan psychologique (entretien 3). " La menace ne correspond pas au mode de fonctionnement des patients atteints de transsexualisme. Leur mode d'expression se fait plutôt sur le registre de la séduction. Il ne s'agit pas d'une séduction de type sexuelle même si un patient peut s'éprendre de son

médecin : " Il y en a un qui est tombé amoureux de moi, bien que la décision de l'opérer ait été prise ". La séduction dont il s'agit passe par la mise en relief de la détresse que vit le patient. Les autres modes de pression comprennent le harcèlement par téléphone, télécopie ou courrier, le chantage au suicide

9 : Parmi les patients à qui vous avez refusé l'intervention, avez vous eu connaissance de patients opérés ailleurs ?

Il est très difficile pour un chirurgien qui récuse un malade de savoir si celui-ci s'est fait opérer ailleurs. En général, ce dernier ne revient pas l'en informer. Cela peut néanmoins arriver. Quatre chirurgiens ont été amenés à le savoir et l'analyse de leur expérience est intéressante.

Le premier (entretien 2) est plus spécialisé en chirurgie faciale. D'après lui, certains patients dont le diagnostic de transsexualisme n'a pas été retenu, se font opérer ailleurs sous l'étiquette de chirurgie esthétique. " Ils me disent que si je ne les opère pas, ils iront se faire opérer ailleurs. [...] Pour ceux qui ne sont pas transsexuels, on refuse d'opérer. [...] Donc certains patients vont transformer leur demande de féminisation par d'autres chirurgiens au titre d'une chirurgie esthétique. "

Le second (entretien 6) a connu un cas de transsexualisme correctement diagnostiqué mais non retenu pour des raisons médico-légales. Il s'agissait d'un patient refusant de divorcer pour protéger sa femme en cas de décès. Or le fait d'être marié rend impossible en France le changement d'état civil. Pour des raisons de cohérence interne, le service du chirurgien n°6 refuse d'opérer les patients qui n'ont aucune chance d'aller jusqu'au bout du traitement. Le changement d'état civil fait partie intégrante du traitement. Le patient a donc décidé de se faire opérer à l'étranger.

Le troisième (entretien10) fait partie d'une équipe où l'on n'opère que les patients qui ont déjà obtenu le changement d'état civil. Il a pris connaissance de deux patients s'étant fait opérer dans une autre ville, et un à l'étranger alors que le diagnostic de transsexualisme avait été retenu.

Par le biais des complications, 7 chirurgiens sur 10 ont pris connaissance de patients opérés ailleurs et dont le diagnostic a été remis en cause. " Beaucoup, plusieurs dizaines à l'étranger. J'en ai pris connaissance à travers les complications, les suicides et les réinterventions. Nous avons eu le cas d'un homme transformé en femme au Maroc et qui a demandé sa retransformation en homme à son retour à Paris (entretien 3). "

Enfin le chirurgien n° 9 a pris connaissance de patients qui présentaient une bonne indication, opérés ailleurs pour des raisons de délais opératoires.

10 : Comment recueillez-vous le consentement ?

Les réponses sont assez surprenantes. On s'attendrait que dans un domaine où chacun prend tant de précautions vis à vis de l'aspect juridique des choses (voir en page 81), il aille de soi que le consentement soit écrit. D'autre part une évolution majeure de la jurisprudence de la cour de cassation (arrêt du 25 février 1997) établit que désormais tout médecin est tenu en cas de litige d'apporter la preuve qu'il a bien délivré cette information. Certes, la preuve peut être apportée par des éléments précis et concordants (présomption), mais dans le cas du transsexualisme, un écrit ne serait-il pas une sage précaution ? En fait, comme le soulignait le Pr Banzet à la lecture de la première version de ce mémoire, il apparaît que la très longue période diagnostique préalable à la décision thérapeutique apporte à elle seule la preuve de la demande. De plus,

elle offre la possibilité évidente d'une information répétée délivrée par plusieurs spécialistes et dont la teneur ne peut être contestée.

11 : Avez vous pris des décisions chirurgicales dissociées ?

Deux logiques s'affrontent :

1. La transformation doit suivre la loi du tout ou rien. " Quand on part sur un processus de transformation, on va jusqu'au bout, c'est à dire qu'on n'accepte pas en ce qui me concerne dans une transformation homme en femme, de faire des seins et de ne pas aller jusqu'au bout, à savoir la castration du patient. (entretien 7). ", " Récemment, j'ai eu un transsexuel, demandeur de l'ablation de l'utérus et du vagin uniquement. J'ai refusé, car je ne fais pas les choses à moitié. Mais comme on ne peut pas faire l'opération complète en une seule fois, je ne l'ai pour l'instant opéré qu'à moitié. Va-t-elle venir pour terminer l'intervention ? "
2. Des interventions partielles peuvent être envisagées, si le patient le demande et après avis du psychiatre. " Si l'indication a été discutée de façon collégiale, cela ne me pose pas de problème. Par exemple, un tiers des transsexuels femme-homme ne demande pas phalloplasties. Je ne les pousse pas (entretien 6). "

12 : Avez vous regretté une décision ?

La crainte du suicide postopératoire est grande puisque le terme revient 10 fois au cours des entretiens. Les regrets sur des indications opératoires sont cependant rares. Les chirurgiens interrogés n'ont pratiquement pas eu de suicides dans leurs séries. " Mais que nous sachions, nous avons eu 0 suicide sur plus de 200 patients (entretien 6). " Le chirurgien 4 a eu un cas de suicide mais celui-ci était dû à une déception sentimentale et non à des remords liés à l'intervention. Les rares regrets exprimés concernent :

- Ø Deux cas d'erreur de diagnostic. Les patients avaient été examinés et adressés par des psychiatres n'appartenant pas à l'équipe (entretien 2 et 5).
- Ø Un regret à cause d'une complication opératoire (entretien 8).
- Ø Trois ou quatre patients dont la qualité de vie n'a pas été améliorée (entretien 4 et 6).

13 : Quels problèmes éthiques cela vous pose-t-il ?

On peut être étonné qu'un tel sujet évoque si peu de problèmes éthiques à ceux qui pratiquent cette chirurgie.

- Ø Dans 7 cas sur 10, aucun problème éthique n'est posé à partir du moment où la sélection des patients s'est faite de façon rigoureuse : équipe psychiatrique expérimentée, observation prolongée, décision collégiale, etc.
- Ø Deux chirurgiens évoquent le fait que la chirurgie de conversion sexuelle ne leur semble pas le traitement le plus logique. Le traitement idéal devrait agir à la source, c'est à dire au niveau psychique. Faute de mieux, ils se rallient au traitement chirurgical dans la mesure où il est le seul à pouvoir diminuer l'état de souffrance de leurs patients.
- Ø Enfin l'un des chirurgiens (entretien 3) élargit sa réponse aux conséquences de la chirurgie de réassignation sexuelle : fondation d'une famille, l'adoption d'enfants, l'intégration sociale dans un monde en mutation, implication de la médecine dans une révolution culturelle...

La notion de personne

Le terme patient est un terme impersonnel. Le terme transsexuel est un terme technique. Ce sont les deux que nous avons nous même le plus employé, que ce soit dans le questionnaire ou dans ce mémoire. Il est logique que ces termes soient les plus employés dans les réponses.

Pourquoi étudier l'utilisation des termes personnes et malade ? Parce que ce sont ceux qu'inconsciemment nous utilisons le plus lorsque nous désirons humaniser une relation. Quand nous employons le terme " personne " nous nous référons inconsciemment à ce qu'il y a d'humanité chez un individu. Ce terme n'est pas neutre. Comme le souligne M-A Descamps ce mot peut être une arme à double tranchants : il sert à admettre au sein du groupe des personnes donc à exclure. Il permet de définir des non-personnes. Ainsi, dans certaines démocraties de la Grèce antique comprenant plusieurs dizaines de milliers de d'individus, quelques centaines participaient réellement aux décisions de la cité. Seules les personnes définies par quelques critères (revenus, parents, profession ?...) étaient habilitées à voter. Le terme " malade " évoque automatiquement un être en état de faiblesse et sous entend donc une responsabilité vis à vis de lui. Dans le cadre du transsexualisme il identifie cette perturbation comme une maladie.

Le terme personne a ainsi été utilisé par pratiquement tous les chirurgiens. En revanche, on sent un certain malaise à utiliser le mot malade. Seul le chirurgien n° 3 l'utilise sans réserve.

VI DISCUSSION

Les chirurgiens poussent-ils les indications ?

Aucune indication n'est posée sans la collaboration d'un psychiatre. " Jamais je n'oserais poser un diagnostic seul. (entretien 6). " C'est une situation exceptionnelle en chirurgie. La collaboration avec des disciplines médicales est courante : cardiologie et cardiochirurgie, endocrinologie et ORL,... En revanche la collaboration en vue de poser une indication opératoire avec un psychiatre reste très rare. Il ne s'agit pas de demander " Est-ce que mon malade assumera sur le plan psychologique, une transplantation cardiaque ? " ou " Mon patient me demande une rhinoplastie mais je le trouve bizarre, est-il schizophrène ? " Dans ces deux exemples, le diagnostic est posé par le chirurgien, et le psychiatre intervient pour rechercher une contre-indication.

Habituellement, le chirurgien est jaloux de ses indications opératoires. C'est un pouvoir qu'il ne délègue que très difficilement, jamais pour beaucoup. En contre-partie il en assume les conséquences. Or, dans le domaine du transsexualisme il est presque contraint de déléguer son pouvoir de décision chirurgical au psychiatre. Généralement les éléments d'appréciation sont transmissibles : coronarographie, résultat hormonal,... Ici, il n'y a aucun examen complémentaire sur lequel s'appuyer. Seul compte la confiance qu'il peut entretenir avec le psychiatre de l'équipe. Il importe donc que celui-ci ait une grande expérience et que l'équipe soit soudée. Dans notre étude, les rares regrets impliquaient des décisions prises avec des psychiatres dont la collaboration était récente ou ponctuelle (chirurgien 2 et 5).

Ainsi, dans la série étudiée les chirurgiens freinent plus les indications qu'ils ne les poussent, ils suivent généralement les indications du psychiatre, ne vont jamais au-delà, les restreignent quelquefois. Ils constituent une sorte de dernier rempart. Cela explique peut-être le faible nombre de suicides postopératoires.

Le chirurgien est-il capable d'évaluer la valeur délirante de la demande ?

Il apparaît ainsi très clairement que les chirurgiens se sentent incapables d'apprécier seuls la valeur délirante ou non d'une demande de réassignation sexuelle. Tous travaillent au sein d'une équipe pluridisciplinaire. De l'aveu de tous, c'est le psychiatre qui est le plus compétent pour faire le diagnostic. Il ne s'agit pas d'une collaboration banale entre spécialistes puisque les rares regrets liés à des erreurs de diagnostic ont impliqué une collaboration occasionnelle avec des psychiatres n'appartenant pas à des équipes constituées. C'est finalement la prise en charge au sein d'une seule équipe qui semble garantir la plus grande fiabilité de diagnostic. Réciproquement, les choix du patient par rapport aux techniques chirurgicales s'en retrouvent limités. Ce qui est gagné en qualité de diagnostic est perdu en liberté de choix technique. La demande des transsexuels a évolué au cours de ces dernières années. Au départ, beaucoup étaient déjà très satisfaits de pouvoir éliminer les caractères sexuels de leur sexe ; puis, ils se sont intéressés aux techniques de reconstructions " sociales ". C'est-à-dire les techniques permettant d'être reconnu socialement comme faisant partie de l'autre sexe : une phalloplastie éventuellement sans sensibilité, une vaginoplastie éventuellement sans possibilité d'orgasme,...Maintenant, les transsexuels sont demandeurs de techniques à la fois plastiques et fonctionnelles. Ils souhaitent être reconnus à part entière, socialement et intimement.

Un test diagnostic fiable (qui reste encore à trouver) permettrait de diminuer les délais opératoires et faciliterait la collaboration entre équipes.

Les transsexuels se font-ils opérer à l'étranger ?

Plusieurs raisons incitent à se poser la question.

Ø Comme nous l'avons montré, en France, les indications ne sont en aucun cas poussées par les chirurgiens. Or il est dans la nature humaine, de contourner les décisions qui peuvent sembler défavorables.

Ø La prévalence du transsexualisme en France est estimée à 1/100 000,2 [1- Bourgeois M. Troubles de l'identité sexuelle : dysphorie de genre et transsexualisme. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie. 1988;37299 D20,11.,et 2- Gallarda T, Amado I, Coussinoux S., Poirier MF, Cordier B, Olié JP. Le syndrome de transsexualisme : aspects cliniques et perspectives thérapeutiques. Encéphale XXIII (V) Sept-Oct 1997 321-326.]. Parallèlement, Bakker et al estiment cette incidence à 1/11900 pour les transsexuels HF et 1/30000 3,4 [3-Bakker A, Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. Acta Psychiatr Scand 1993 Apr, 87 :4, 237-8.],et [4-Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. Arch Sex Behav, 1996 Dec;25(6),:589-600.]pour les transsexuels FH et ils expliquent cette prévalence élevée par les conditions de changement de sexe moins sévères, conduisant beaucoup de ressortissants étrangers à immigrer aux Pays Bas.

Ø Le nombre d'équipes s'occupant sérieusement du transsexualisme semble faible dans la mesure où il ne s'agit pas d'une activité à plein temps. Ces équipes défendent leur réputation dans de nombreux autres domaines. D'autre part, elles semblent mal réparties sur le territoire national. Enfin, lorsque la décision est prise au niveau d'un centre, c'est la technique opératoire employée au sein de ce centre qui est appliquée. Comme tout patient, les transsexuels ne se satisfont pas d'une acceptation d'intervention et sont très regardants sur la technique employée. Or, la collaboration entre centres employant des techniques différentes ne va pas toujours de soi.

Notre enquête confirme que de nombreux transsexuels sont opérés à l'étranger puisque 8 chirurgiens sur 10 en ont pris connaissance. Ce qui est inquiétant, c'est que cette information s'est faite à travers la prise en charge de complications (7/10) et que parmi ces personnes se trouvaient des transsexuels mais aussi des personnes ne répondant pas à cette définition (7/10).

Les deux raisons évoquées qui conduisent des patients présentant une bonne indication à se faire opérer ailleurs sont :

Ø Les problèmes de changement d'état civil. Voir page 87

Ø Les délais opératoires

Il se trouvera toujours de part le monde, un chirurgien peu scrupuleux pour poser des indications en dépit du bon sens. Cela est inévitable, même si l'établissement d'un protocole et de textes européens pourrait constituer une certaine protection. En revanche, concernant les transsexuels, il semble exister une marge de manœuvre. Celle-ci passe essentiellement par :

Ø Une clarification de la loi française

Ø Une amélioration des délais opératoires même s'il existe un délai incompressible : celui nécessaire à l'établissement du diagnostic.

Apport thérapeutique de l'intervention ? :

Pour évaluer un apport thérapeutique, le médecin explore généralement deux axes.

Ø La thérapeutique proprement dite: exérèse satisfaisante d'une tumeur, réparation anatomique d'un organe, amélioration physiologique,...Cet apport est évalué directement par le médecin en fonction d'éléments objectifs : signes cliniques, examens complémentaires.

Ø Le bénéfice psychologique : amélioration de la qualité de vie, sentiment de bien être, indice de satisfaction, soulagement d'une douleur physique ou morale,...C'est cet apport qui est évalué principalement par le patient. Le médecin l'apprécie indirectement à travers les questions qu'il pose à son patient.

Les deux ne vont pas forcément de paire. Ainsi, un chirurgien peut être très satisfait de son intervention (exérèse parfaite d'une tumeur) alors que le patient développe une sinistrose. Réciproquement un chirurgien peut ne pas être satisfait de son intervention (il aurait souhaité pouvoir faire tel ou tel geste plus fin ou moins invasif par exemple) alors que le patient est extrêmement satisfait de son intervention parce qu'il met la barre moins haut.

Ce qui fait l'originalité du transsexualisme, c'est que le bénéfice ressenti par le patient constitue le seul apport thérapeutique évaluable.

Que répare l'intervention ? Elle répare une souffrance psychique, une douleur morale liée à un trouble existentiel. Le transsexuel se sent nié dans son existence en tant qu'être sexué.

Le suicide

Dans l'expérience des chirurgiens de notre corpus les cas de suicides sont presque inexistantes. Cette crainte est pourtant toujours exprimée. Cela est peut être à mettre en rapport avec l'expérience du John Hopkins Hospital qui avait dû interrompre en 1979 son activité (débutée en 1966), en raison du nombre trop important de suicides. La sélection des patients était particulièrement mal faite.

D'un autre côté sait-on combien de personnes atteintes de transsexualisme se sont suicidées en préopératoire à cause d'une attente jugée trop longue ou sans savoir vers quel médecin s'adresser ? Les cas de suicides postopératoires ne sont pas nécessairement dus à l'intervention. Le chirurgien n°4 culpabilisait à cause d'un cas de suicide postopératoire, jusqu'à ce que le meilleur ami de la personne en question vienne le voir. Il lui expliqua que le suicide en question était à rattacher à une déception amoureuse et en aucun cas à l'intervention [" Une fois quand même, j'ai failli regretter une patiente. J'avais accepté de l'opérer. Et un mois après sa sortie de l'hôpital, elle s'est suicidée. La police judiciaire est venue me voir. Quelques mois plus tard, un transsexuel est venu me voir et m'a appris que son petit ami l'avait plaquée, et qu'elle ne l'avait pas supporté. Je n'avais donc rien à voir avec cela. "]. Pour analyser scientifiquement les cas de suicides, il faudrait éliminer le biais représenté par un contexte social et familial souvent complexe. Une étude cas/témoins avec appariement (étant donné le faible effectif) serait la meilleure méthode. Elle serait probablement rejetée par un CCPPRB [Comité Consultatif de Protection des Personne pour la Recherche Biomédicale.]. Comment obtenir le consentement de patients qui veulent se faire opérer à faire éventuellement partie du groupe qui ne le sera pas ?

VII CONCLUSION

L'offre de moyens réalisée par les progrès récents de la chirurgie plastique et de sa démocratisation risque de permettre à une demande qui existait déjà de s'exprimer avec beaucoup plus d'ampleur.

La fiabilité diagnostique est presque parfaite, mais au prix d'un parcours pénible pour le demandeur et d'un échappement des demandes vers l'étranger.

Beaucoup de questions restent sans réponse. L'être humain est toujours effrayé par ce qu'il ne connaît pas. Nous sommes ainsi convaincu que la découverte d'un substratum organique permettrait de dépassionner le débat. Dans cet esprit, la réalisation d'images fonctionnelles grâce aux caméras à positons nous semble être un axe de recherche à approfondir. C'est dans cette direction que nous souhaiterions prolonger ce travail.

D'autre part, afin de mieux protéger les souffrants mais également les soignants, il nous semble nécessaire de préciser les textes législatifs. Cela permettrait une meilleure prise en charge des problèmes d'identité sexuelle mais cette démarche ne peut se faire qu'à travers une réflexion éthique plus approfondie.

VIII BIBLIOGRAPHIE

" Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals : Vancouver Style "(JAMA 1993 ;269 :2282-6).

- Alken CE, Sokeland J. Urologie. Paris: Masson,1983:311.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd rev ed Washington, D.C.:APA, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd rev ed Washington, D.C.:APA, 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd rev ed. Washington, D.C.:APA 1994.
- Armstrong CN. Transsexualism : a medical perspective. J Med Ethics 1980 Jun;6(2):90-1.
- Bakker A, Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. Acta Psychiatr Scand 1993 Apr;87(4):237-8.
- Banzet P, Revol M. L'expérience chirurgicale. Bull Acad Natl Med 1996 Jun-Jul;180(6):1395-99.
- Becker D, Mester R. Further insights into transsexualism. Psychopathology 1996;29(1):1-6
- Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ, Gooren LJ. Facial corrections in male to female transsexuals : a preliminary report on 16 patients. J Oral Maxillofac Surg 1996 Apr;54(4):413-8.
- Benjamin H. Transvestism and transsexualism. International Journal of Sexology 1953;7(1):12-14.
- Benjamin H. Nature and Management of transsexualism, with a report on 31 operated cases. Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology 1964 March-April;72:105-111.
- Besnier N. Polynesian gender liminality through time and space. In: Herdt G, editor. Third sex, third gender. New York: Zone Books, 1994: 285-328.
- Blanchard R, Steinert BW, Clemmensen LH. Prediction of Regrets in postoperatives transsexuals. Canadian Journal of Psychiatry 1989 Feb;34(1):43-45.
- Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism, general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. Arch Sex Behav 1996 Jun;25(3):303-16.
- Borogas N. Über die voll plastische Weiden-herstellung eines zum koitus fahigen penis. Zentralbl Chir 1936;63:1271.
- Bourgeois M. Troubles de l'identité sexuelle : dysphorie de genre et transsexualisme. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 1988;37299 D20,11.
- Braconnier A. Le sexe des émotions. Paris, Odile Jacob, 1996.
- Branlard J-P. Le sexe et l'état des personnes : aspects historique, sociologique et juridique. Paris: Bibliothèque de droit privé, librairie générale de droit et de jurisprudence, 1993.
- Breton J, Cordier B. Aspects psychiatriques du transsexualisme. Bull Acad Natl Med 1996 Jun-Jul;180(6):1389-93.
- Bockting WO, Coleman E. Gender dysphoria, interdisciplinary approaches in clinical management. NewYork: The Haworth Press, 1992.
- Buvat J, Lemaire A, Ratajczyk J. Responsabilité hormonale au cours des dysfonctions sexuelles, l'homosexualité, le transsexualisme, les comportements sexuels déviants : diagnostic et conséquences thérapeutiques. Contracept Fertil Sex 1996 Nov;24(11):834-46.
- Chiland C. Changer de sexe. Paris: Odile Jacob, 1997.
- Coleman E, Bockting WO, Gooren L. Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. Arch Sex Behav 1993;22(1):37-50.
- Coleman E, Colgan P, Gooren L. Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma) : a description of the acault. Arch Sex Behav 1992;21(3):313-21.
- Collectif. Sur l'identité sexuelle. A propos du transsexualisme. Paris: Association freudienne internationale, 1996.

Colloque de droit européen à Amsterdam. 14-16 avril 1993; Strasbourg: Editions du conseil de l'Europe, 1995. Transsexualisme, médecine et droit. Actes XXIII

Conseil de l'Europe. Affaire B contre France: arrêt.

Conseil de l'Europe. Affaire B contre France: mémoire du gouvernement français.

Conseil de l'Europe. Affaire B contre France: mémoire de la requérante.

Conseil de l'Europe. Affaire B contre France: rapport de la commission.

Conseil de l'Europe. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Costa-Santos J, Madeira R. Transsexualism in Portugal: the legal framework and procedure, and its consequences for transsexuals. *Med Sci Law* 1996 Jul;36(3):221-5.

Cour de cassation. 11 déc 1992: suite de l'affaire B contre France.

Diamant-Berger O. Le transsexualisme, droit et éthique médicale. Paris: Masson, 1984.

Edgerton MT. The role of surgery in the treatment of Transsexualism. *Ann Plast Surg* 1984 Dec;13(6):473-81.

Edgerton MT. Surgical construction of the vagina and labia in male transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 1970;46:529.

Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. (1905. traduction française). Paris: Gallimard, 1989.

Frohirth C, Breton J, Gorceix A. Les problèmes médico-juridiques posés par le transsexualisme : A propos de 148 cas de dysphorie du genre. *Ann Med Interne* 1987;138(1):8-12.

Gallarda T, Amado I, Coussinoux S., Poirier MF, Cordier B, Olié JP. Le syndrome de transsexualisme : aspects cliniques et perspectives thérapeutiques. *Encéphale* 1997 Sept-Oct;XXIII (V):321-326.

Garé T. *Jurisprudence*. 1992;21955:415-419.

Gobert M. Le transsexualisme ou de la difficulté d'exister. *La semaine juridique* 1990;3475(49):12.

Gooren L. The endocrinology of transsexualism : a review and commentary. *Psychoendocrinology* 1990;15(1): 3-14.

Goy RW, Phoenix CH, Meidinger R. Postnatal development of sensitivity to estrogen and androgen in male, female, and pseudohermaphroditic guinea pigs. *Anatomical record* 1967;157:87.

Goy RW. Organising effects of androgen on the behavior of rhesus monkeys. In *Endocrinology and human behavior*. London: Oxford University Press, 1968:2#12_12.

Green R. Transsexualism and the law. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994;22(4):511-7.

Gromb S, Chanseau B, Lazarini H. Judicial problems related to transsexualism in France. *Med Sci Law* 1997 Jan;37(1):27-31.

Hage J, Becking A, de Graaf F. Gender-confirming facial surgery : considerations on the masculinity and femininity of faces. *Plast. Reconstr. Surg* 1997;99(7):1799-808.

Hage J, editor. Les conditions et conséquences médicales des interventions chirurgicales pour changer de sexe. In *Colloque de droit européen: Transsexualisme, médecine et droit.*; 1993 Apr 14-16; Amsterdam. Strasbourg: Editions du conseil de l'Europe, Actes XXIII 1995.

Harris GW, Levine S. Sexual differentiation of the brain and its experimental control. *Journal of physiology* 1966;181:379.

Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996 Dec;25(6):589-600.

Kockott G, Fahrner EM. Transsexuals who have not undergone surgery : a follow-up study. *Arch Sex Behav* 1987 Dec;16(6):511-522.

Küss R. Rapport de la séance du 29 juin 82 à l'Académie de médecine.

Lateur V, Heymans O, Lemaitre J, Van Brée S, Isgour M. Le transsexualisme et les procédures légales. *Acta Urol Belg* 1996 Dec;64(4):1-3.

Legaillard P, Péliissier P, Péres JM, Martin D, Baudet J. Le transsexualisme: aspects chirurgicaux. *Ann Chir Plast Esthet* 1994 Feb;39(1):43-55.

Legaillard Ph. Le transsexualisme : aspects chirurgicaux. *Expérience du service de chirurgie plastique de Bordeaux. Thèse Méd, Bordeaux, 1992.*

Lief HI, Hubschman L. Orgasm in the post-operative transsexual. Arch Sex Behav 1993;22(2):145-155.

Lothstein LM. Sex reassignment surgery : historical, clinical and theoretical issues. American Journal of Psychiatry 1982;139(4):417-426.

Luton JP, Bremont C. La place de l'endocrinologie dans la prise en charge du transsexualisme. Bull Acad Natl Med 1996 Jun-Jul;180(6):1403-7.

Malherbe J-F. Les paradoxes de l'éthique clinique : un cas de chirurgie transsexuelle. Fondements de l'éthique clinique. FRSQ-U6. 1996 Dec 10.

Mason N. The transsexual dilemma : being a transsexual. J Med Ethics 1980 Jun;6(2):85-9.

Mercadier P. L'illusion transsexuelle. Paris: L'harmattan, 1994.

Meyer R, Daverio PJ, Dequesne J. One-stage phalloplasty in transsexuals. Annals of plastic surgery 1986 June;16(6):472-8.

Modestin J, Ebner G. Multiple personality disorder manifesting itself under the mask of transsexualism. Psychopathology 1995;28(6):317-21.

Nanda S. Hijras : an alternative sex and gender role in India. In Herdt G, editor. Third sex, third gender. New York: Zone Books, 1994: 373-417.

Pettiti LE. Les transsexuels. Paris: PUF, 1992.

Rapport Braibant. Rapport du groupe transsexualisme. 1989

Roscoe W. How to become a berdache : toward a unified analysis of gender diversity. In Herdt G, editor. Third sex, third gender. New York: Zone Books, 1994.

Saladin d'Anglure B. Le troisième sexe. La Recherche Juillet-Août;245(23):836-844.

Salas D. Sujet de chair et sujet de droit : la justice face au transsexualisme. Paris: PUF. 1994: 156p.

Sénat. Proposition de loi. 9 avril 1982.

Stoller R. Masculin ou féminin. Paris: PUF, 1989.

Stoller R. Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme. Paris: Gallimard.1978: 406p.

Taitz J. Judicial determination of the sexual identity of post-operative transsexuals : a new form of sex discrimination. American Journal of Law and Medicine 1987;13(1):53-69.

Taitz J. The legal determination of the sexual identity of a post operative transsexual seen as a human right issue. Medicine and Law 1989;7(5):467-574.

Thomson JM. Transsexualism: a legal perspective. J Med Ethics 1980 Jun;6(2):92-7.

Weitze C, Osburg S. Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the German transsexuals act during its first ten years. Arch Sex Behav 1996 Aug;25(4):409-25.

Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature, 1995 Nov;6552(378):68-70.