

LE TRANSSEXUALISME : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET PRISE EN CHARGE

A. MICHEL (1), C. MORMONT (2)

RÉSUMÉ : Après une brève introduction historique, sont envisagés les aspects étiologique, typologique, diagnostique et épidémiologique du transsexualisme.

Aujourd'hui, la fréquence de ce syndrome est en constante progression et la nécessité d'un diagnostic précis s'avère d'autant plus fondamentale que la demande de changement de sexe peut recevoir une réponse concrète (hormonologie et chirurgie).

La prise en charge du candidat au changement de sexe exige une approche interdisciplinaire rigoureuse : psychologique, psychiatrique et endocrinienne.

Pour terminer, certaines questions éthiques sont abordées.

HISTORIQUE ET DÉFINITION

L'histoire du transsexualisme débute avec la possibilité de réaliser le voeu transsexuel grâce aux techniques chirurgicales. Cela ne signifie pas que la problématique transsexuelle n'ait pas existé auparavant. Au contraire, parmi les êtres hybrides - réels ou mythiques -, qui jalonnent l'histoire, certains ont très certainement vécu cette problématique. Ce n'est pourtant que dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle que le comportement sexuel et ses aberrations furent l'objet d'études systématiques. On distingua ainsi divers cas de discordances entre le sexe anatomique et les conduites. Krafft-Ebing mentionne l'uranisme qui désigne le fait d'avoir "une âme de femme dans un corps d'homme" et de ne pouvoir aimer que les hommes. Westphal crée le terme "inversion sexuelle" pour décrire un "homme physiquement homme et psychologiquement femme".

Le travestissement, manifestation spectaculaire du désir de paraître autre, suscitera hypothèses et controverses car le port des vêtements de l'autre sexe apparaît dans des contextes bien différents. Westphal, en 1870, décrit un cas de travestissement compulsif (résister à l'exigence obsessionnelle de se travestir provoque l'angoisse, y céder dissout l'angoisse) et Hirschfeld parlera même "d'instinct du travestissement". Havelock Ellis y voit à l'oeuvre un processus d'imitation que les philosophes supposent aussi présent dans l'expérience esthétique, si bien qu'il propose le terme "d'inversion sexo-esthétique" et considère qu'il s'agit d'un "symptôme hétérosexuel" (l'individu se met dans la peau de la personne qu'il aime, au point de chercher à s'en rapprocher par la façon de s'habiller) (cité

dans 1). Dans le travestissement fétichiste (transvestisme), l'homme fait du vêtement une condition d'excitation et de jouissance sexuelles.

Toutes ces catégories de travestissement ne semblent pas inclure de transsexuels alors que la catégorie classique des homosexuels efféminés, habillés en femmes pourrait bien en contenir.

Abraham, élève de Hirschfeld, propose une classification des travestis dont les formes extrêmes évoquent le transsexualisme :

"Ces formes les plus accentuées du travestissement (sic) total, écrit-il, se trouvent chez ceux qui voudraient modifier, non seulement leur habit artificiel, mais aussi leur habit naturel, l'épiderme de leur corps. (...) nous voyons des hommes que le fait de se raser tous les jours incommode au point qu'ils essaient d'en être débarrassés par l'épilation. A l'inverse nous voyons des femmes qui utilisent toutes sortes de remèdes destinés à faire pousser sinon la barbe, du moins un duvet. (...) Des degrés encore plus marqués de ce travestissement sont atteints par les personnes qui donnent à leurs seins des formes féminines en les agrandissant ou qui, au contraire, en ont fait faire l'ablation. Nous observons le degré le plus élevé de ces manies du travestissement corporel chez ceux qui désirent obtenir une transformation complète de leurs organes génitaux, qui veulent donc, avant tout, avoir un sexe qui corresponde à leur mentalité (...).

En premier lieu, il faut mentionner chez les femmes transtitistes, la suppression de la menstruation par l'ablation des ovaires; chez les hommes la castration" (cité dans 2).

Les premières modifications chirurgicales du sexe eurent lieu à peu près à cette époque (1930), en Allemagne, précisément sous la responsabilité d'Abraham. C'est en 1949 que Cauldwell crée le néologisme "*psychopathia-transsexualis*" pour désigner le cas d'une jeune fille qui "manifestait le désir obsessionnel d'être un homme" (cité dans 3).

Au début des années cinquante, Benjamin introduit et définit le terme "transsexualisme": "*la croyance chez un sujet biologiquement normal, d'appartenir à l'autre sexe, avec un désir intense et obsédant de changer sa conformation anatomique sexuelle selon l'image que le sujet s'est faite de lui-même avec demandes d'intervention chirurgicale et endocrinienne*" Benjamin était partisan d'accéder à la demande de transfor-

(1) Assistant, (2) Professeur, Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Service de Psychologie Clinique.

mation corporelle des sujets transsexuels (cité dans 4).

C'est à cette époque (1953), qu'un cas de changement chirurgical de sexe reçut pour la première fois une large diffusion médiatique. Dans l'année qui suivit l'opération, l'équipe danoise qui avait transformé Georges, un ex-GI, en Christine, reçut plus d'un millier de lettres parmi lesquelles près de la moitié demandaient une pareille intervention.

C'est en 1956, que le terme transsexualisme apparaît dans la langue française (Petit Robert).

Il entre dans les nomenclatures officielles des maladies mentales de l'OMS en 1975 et apparaît dans le DSM-III en 1980.

A l'heure actuelle, pour le DSM-IV, la demande d'ablation des organes génitaux et de leur remplacement par l'autre sexe est un élément indispensable au diagnostic de transsexualisme.

ETIOLOGIE

Alors qu'au terme d'une embryogenèse dont le point de départ est bisexué, l'anatomie assigne à chaque individu - à de rares et pathologiques exceptions près - un sexe indubitable, le vécu et la conscience de cette assignation sont loin d'être aussi tranchés. Il va s'agir, en fait, de procéder sur le plan psychique, à une réduction comparable à celle qui a eu lieu sur le plan anatomique, c'est-à-dire passer de la bisexualité originelle à un état unisexué, avec tous les renoncements et aménagements que cela implique. Renoncement à l'autre sexe et à la complétude imaginaire de la bisexualité; aménagement des dispositions qualifiées de masculines et de féminines qui coexistent en chacun et qui devraient s'ordonner en fonction du sexe à assumer.

Dans ces conditions, on comprendra que le doute quant à l'identité sexuelle, et la perplexité quant au destin à réserver aux tendances non congruentes à son sexe anatomique sont le lot de tout être humain "normal".

Paradoxalement, le transsexuel (*mutatis mutandis* ceci vaut pour la transsexuelle) (*) ne semble pas en proie à cette incertitude : lui qui a un sexe d'homme sait qu'il est une femme, femme à part entière, sans aucune ambiguïté et en ce sens, plus femme que n'importe quelle femme.

S'il soutient qu'il n'est pas ce que son sexe lui assigne d'être, il ne remet pas en cause pour

autant la réalité de son sexe anatomique; tout au contraire, c'est contre cette réalité qu'il se bat avec véhémence.

C'est cette contradiction entre la perception et le vécu de la réalité anatomique qui est à l'origine d'une réflexion qui a abouti à distinguer sexe, identité de genre et identité sexuelle. L'individu naît avec un sexe, c'est-à-dire avec des chromosomes, des gonades et un appareil génital différencié.

Il possède, tôt dans la vie, une identité de genre. C'est à Stoller, psychanalyste américain, que l'on doit d'avoir dégagé dans les années 60, l'identité de genre de la notion plus large d'identité sexuelle (5). L'identité de genre désigne le vécu identitaire exprimé en terme d'appartenance au masculin ou au féminin sans que ces termes aient un contenu général ou a priori. Est masculin ou féminin ce qui est qualifié comme tel par les instances qui assignent une signification aux expériences, aux êtres, aux choses.

Différents facteurs contribuent à la constitution de l'identité de genre. La nature des organes génitaux du nourrisson va, dans un tout premier temps, orienter l'attitude des parents. Les comportements et les messages qui s'ensuivront instaureront habituellement l'appartenance au genre correspondant au sexe. Cette imprégnation primaire engendre le sentiment indéfinissable d'appartenir à un sexe et non à l'autre. Selon Stoller (5), l'identité de genre est établie de manière irréversible avant la deuxième année de la vie, donc bien avant le stade phallique qui reconnaît la différence anatomique des sexes tout en ne la considérant pas encore comme naturelle.

Le jeune enfant de deux ans sait qu'il est un garçon ou une fille sans pouvoir déterminer pourquoi ni comment il le sait. Simplement, son vécu est ainsi identifié, étiqueté. Cette appartenance sexuelle est de l'ordre de l'évidence phénoménologique, empreinte indélébile, étayée non pas tant sur la réalité anatomique que sur des phénomènes d'ordre psychique.

La constitution de l'identité sexuelle semblerait s'inscrire dans la perspective globale de la constitution de l'identité, laquelle procède par emprunt, imitation, différenciation d'attitudes et de schèmes comportementaux des modèles identificatoires. Certains de ces schèmes sont référés à l'appartenance sexuelle et contribuent à situer l'individu en plus ou moins grande conformité avec les stéréotypes sexués. Dans cette perspective, l'identité sexuelle viendrait parachever la première identification psychosexuelle, à savoir l'identité de genre.

(*) Afin de ne pas alourdir le texte, il ne sera pas systématiquement rappelé que, sauf exception explicitée, ce qui est dit du transsexuel vaut pour la transsexuelle et vice versa.

Dans les cas simples, le sexe détermine l'identité de genre qui, elle-même, s'enrichit d'une identité sexuelle concordante. L'enfant qui naît doté d'un pénis se sait très tôt petit garçon et apprend progressivement à se comporter comme un mâle, apprentissage sans doute largement tributaire des représentations que les parents ont de la masculinité et de la féminité.

La masculinité et la féminité sont des concepts difficiles à définir. Il s'agirait selon Stoller, "*d'une croyance - plus précisément d'une masse dense de croyances -, non d'un fait indéniable*" (5). Ces concepts fluctuent selon les changements de la société, si bien qu'à une époque, tel signe peut être considéré comme le reflet d'une tendance féminine alors qu'à une période antérieure, il traduisait une certaine forme de masculinité. Comme le notent Laplanche et Pontalis, la masculinité et la féminité ont "*une signification sociologique variable selon les fonctions réelles ou symboliques attribuées à l'homme et à la femme dans la civilisation considérée*" (6).

Si, dans ces conditions les plus communes et comme il a été envisagé jusqu'ici, sexe, identité de genre et identité sexuelle coïncident, il est des cas où des discordances apparaissent et peuvent donner lieu à une souffrance appelée *dysphorie de genre* (gender dysphoria). Le transsexuel qui souffre de ne pas trouver de concordance entre son identité de genre et son anatomie en serait la forme extrême.

Le sentiment d'appartenir à un sexe ou l'autre, qui jusqu'ici semblait résulter uniquement du constat de la biologie, est donc remis en question. Ceci est confirmé par les études de la construction identitaire des hermaphrodites. Ainsi s'est-on intéressé à ces enfants qui, au moment de la puberté, ne développent pas les caractères sexuels secondaires attendus en fonction de leur assignation sexuelle initiale et qui s'avèrent être biologiquement de l'autre sexe. On a observé que ces enfants ont une identité de genre conforme au sexe qui leur a été attribué à la naissance et non pas au sexe réel.

Ce constat amène à penser que l'identité de genre se construit, notamment et peut-être essentiellement, à partir des attitudes parentales et surtout du désir - inconscient - de la mère, d'avoir une fille ou un garçon. L'enfant dont le sexe contrevient à ce désir maternel peut être amené à contester, puis à transformer la réalité pour enfin y souscrire.

Rappelons que, jusqu'à ce jour, aucune étiologie organique du transsexualisme n'a pu être démontrée.

TYPOLOGIE

Le *transsexuel masculin*, homme en quête d'une féminisation, se présente avec la conviction d'être une "femme enfermée dans un corps d'homme".

A l'inverse, la *transsexuelle féminine*, biologiquement femme, se présente la plupart du temps de façon très masculine, est persuadée d'être un homme et aspire à en avoir le physique. Elle exerce la plupart du temps une activité professionnelle habituellement dévolue aux hommes.

Il existe aussi une classification du transsexualisme relative au moment où la demande de transformation chirurgicale est verbalisée.

Le *transsexuel dit primaire*, qui s'adresse généralement au médecin à la fin de l'adolescence, s'est toujours senti du sexe opposé et a tenté, par mille et un stratagèmes, de se faire passer pour une fille dès son plus jeune âge. En général, les parents ne semblent pas s'alarmer de ce comportement bien qu'il soit fréquent; aucun reproche n'est adressé à l'enfant durant cette période; il se peut même que ce comportement ait été encouragé implicitement.

Le *transsexuel secondaire* appelé également *transsexuel d'expression tardive*, a tenté, durant une partie de sa vie, d'ignorer sa conviction d'être une femme. La plupart du temps, il s'est marié, a eu des enfants. Cette vie familiale, souvent d'apparence satisfaisante et harmonieuse, devient progressivement intolérable car elle oblige le transsexuel à réfréner son désir d'être une femme.

Le transsexuel secondaire se présente à la consultation vers l'âge de quarante ou cinquante ans. Même s'il a présenté des comportements qui auraient pu éveiller l'attention de son entourage, il est resté la plupart du temps discret, assumant de façon adéquate ses rôles de mari, de père. Un peu à la façon des couples qui divorcent après que les enfants soient partis, le transsexuel secondaire demande une transformation à cette même période de sa vie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A. TRAVESTISSEMENT

A porter les habits du sexe opposé, le travesti éprouve un plaisir ludique ou le soulagement de son angoisse; le transvesti (pervers) un plaisir fétichiste; alors que le transsexuel a simplement l'impression d'être habillé comme il convient à une personne de son "vrai" sexe.

B. L'HOMOSEXUALITÉ

L'homosexualité désigne un choix d'objet sexuel, choix qui porte l'homosexuel vers son semblable, vers un autre qui possède le même sexe que lui.

Le transsexualisme ne définit pas la nature de l'objet érotique mais le vécu de non-congruence entre le sexe anatomique et l'identité de genre. Chez le transsexuel, le choix d'objet se fait en fonction de cette identité et peut être soit de l'autre genre (choix d'objet hétérosexuel), soit du même genre (choix d'objet homosexuel).

C. PSYCHOSE

Il convient également de distinguer le transsexuel du psychotique car, d'un point de vue formel, la conviction du transsexuel présente les caractéristiques du délire : malgré l'évidence anatomique et sans se laisser influencer par la contradiction qui oppose sa conviction à sa perception, le transsexuel affirme que le réel n'est pas le perçu. Sa véritable identité féminine n'est pas déniée par le fait qu'il possède un pénis; que celui-ci manque (chez la transsexuelle) ne modifie en rien sa certitude d'être un homme.

On comprendra que la question de la psychose ait été posée avec insistance pour tenter de rendre compte d'une telle croyance. Question d'autant plus plausible que le délire portant sur l'appartenance sexuelle est un thème classique de la schizophrénie et que c'est à celle-ci que, jusqu'il y a peu, le psychiatre pensait d'emblée lorsqu'il était confronté à la demande transsexuelle.

Il ne fait plus de doute aujourd'hui que le transsexualisme et la schizophrénie n'entretiennent pas de relations privilégiées et la plupart des transsexuels ne présentent aucun symptôme de la lignée schizophrénique bien qu'ils traitent un aspect limité de la réalité comme le ferait un psychotique délirant.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La fréquence du transsexualisme est assez mal connue, non seulement parce qu'il n'existe guère de répertoires nationaux des cas de transsexualisme, mais encore parce que certains transsexuels sont opérés clandestinement ou se font opérer à l'étranger, ou n'entreprennent pas de démarches pour faire reconnaître leur changement de sexe.

Le DSM IV (7) donne le taux de 3 hommes et une femme pour 100.000 habitants.

La prévalence de ce trouble semble aller croissant au cours de ces dernières années.

Ainsi, en 1968, les statistiques pour les Pays-Bas faisaient état de un homme transsexuel pour 45.000 habitants, tandis qu'on comptait une femme transsexuelle pour 200.000 habitants.

En 1986, les statistiques pour ce même pays étaient de un homme transsexuel pour 18.000 habitants et une femme transsexuelle pour 54.000 habitants.

Dans la plupart des études, le rapport est de 1 femme transsexuelle pour 3 hommes transsexuels. Cependant, il semblerait aujourd'hui que ce rapport tende à s'équilibrer.

PRISE EN CHARGE DU CANDIDAT AU CHANGEMENT DE SEXE

La *chirurgie de redétermination sexuelle* (CRS), irréversible, requiert une analyse rigoureuse des candidats au changement de sexe. L'établissement du diagnostic du transsexualisme est une tâche difficile, d'autant plus délicate que l'on connaît les conséquences désastreuses d'un mauvais pronostic.

L'analyse de la demande d'un candidat transsexuel nécessite une approche *interdisciplinaire* tant endocrinienne et psychiatrique que psychologique.

L'évaluation diagnostique est d'autant plus difficile que le candidat se montre le plus souvent impatient et éprouve maintes difficultés à accepter les délais qui lui sont imposés; il les accepte d'autant moins qu'il ne comprend pas la nécessité de telles précautions.

Le transsexuel consulte une équipe de prise en charge des troubles de l'identité sexuelle, en quête non pas tant d'un diagnostic que d'une confirmation de son propre diagnostic. Selon le candidat au changement de sexe, la structure médicale à laquelle il s'adresse n'a plus qu'à entériner son autodiagnostic.

Le groupe de prise en charge des troubles de l'identité de genre de l'Université de Liège se réfère à la conduite diagnostique recommandée par les standards de soin ("Standards of Care") de l'Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA). Cette association engage fermement toute équipe traitant des troubles de l'identité de genre à adopter une démarche interdisciplinaire.

Par ailleurs, cette association préconise une prise en charge en deux temps :

- la première étape appelée "diagnostique", veille à établir un diagnostic précis basé sur des critères de classification psychiatrique (DSM-IV);
- la seconde étape dite de "real life test" confronte le sujet à la réalité quotidienne telle

qu'elle se présentera à lui une fois que sa demande de changement de sexe aura abouti.

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'IDENTITÉ DE GENRE À L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE (tableau I)

TABLEAU I.

<i>Phase de diagnostic</i>
- Evaluation multidisciplinaire
- Remise du diagnostic au patient
<i>Phase de test</i>
- Evaluation multidisciplinaire
- Remise des conclusions de la phase de test
<i>Phase d'hormonothérapie</i>
- Evaluation multidisciplinaire
- Remise des conclusions de la phase d'hormonothérapie
<i>Phase de correction anatomique chirurgicale</i>
<i>Phase de suivi thérapeutique</i>

PREMIÈRE ÉTAPE : PHASE DE DIAGNOSTIC

Lorsqu'un candidat au changement de sexe s'adresse au groupe de prise en charge des troubles de l'identité de genre de l'Université de Liège, il est soumis à une évaluation rigoureuse de sa personnalité. L'examen psychiatrique est réalisé par M. Ansseau et W. Pitchot tandis que l'évaluation psychologique est effectuée par C. Mormont et A. Michel.

L'objectif majeur de cette première étape est de repérer le plus scrupuleusement possible les cas qui relèvent :

- de crises transsexuelles occasionnelles (identité de genre perturbée ou fragile);
- de perversions;
- de syndromes psychotiques;
- de personnalités pathologiques (borderline,...).

Afin de procéder à cette évaluation, le candidat au changement de sexe est entendu lors de plusieurs entretiens cliniques (psychiatriques, psychologiques), et est soumis à diverses épreuves psychologiques.

D'autre part, un examen physique et des analyses de laboratoire (bilan biologique de routine; bilan hormonal; caryotype) sont pratiqués par J.J. Legros et permettront d'éliminer :

- les états intersexuels;
- les pathologies endocriniennes.

Ces différents examens réalisés, une décision collégiale sera prise. Si le diagnostic de transsexualisme est posé, le candidat au changement de sexe sera autorisé à poursuivre sa demande et à entrer dans la phase de test. Dans le cas contraire, il sera réorienté vers des structures qui lui permettront de faire face à ses difficultés.

DEUXIÈME ÉTAPE : PHASE DE TEST

La phase de test ne peut être envisagée avant la remise du diagnostic précis de transsexualité.

La phase de test ("*real life test*") nécessite que le patient adopte toutes les apparences du sexe convoité dans toutes les activités de sa vie quotidienne, tant sociale que professionnelle et ce, durant une période d'un an minimum.

Si cette épreuve n'est, tout compte fait, que la concrétisation du souhait du candidat au changement de sexe, elle n'est pas dénuée de difficultés dont la moindre n'est pas la désapprobation sociale.

L'accompagnement psychologique mensuel permettra de soulager les tensions consécutives à cette épreuve.

Durant la phase de test, le patient recevra une attestation médicale justifiant le port de vêtements du sexe opposé. Ce certificat permettra de réduire les craintes du transsexuel lorsqu'il est soumis à un contrôle d'identité.

TROISIÈME ÉTAPE : PHASE D'HORMONOTHÉRAPIE

L'hormonothérapie ne peut être envisagée avant les conclusions positives de la phase de test.

Durant la phase d'hormonothérapie, le patient est suivi trimestriellement par l'endocrinologue qui a prescrit le traitement. Par ailleurs, le candidat est toujours en contact régulier avec un psychologue et un psychiatre.

C'est à cette époque que le patient est tenu de choisir un prénom et d'introduire une demande de changement au Ministère de la Justice.

Après six mois d'hormonothérapie, le patient est engagé à prendre contact avec un chirurgien.

QUATRIÈME ÉTAPE : PHASE DE CORRECTION ANATOMIQUE CHIRURGICALE

La phase de correction anatomique chirurgicale ne peut être envisagée avant les conclusions positives de l'hormonothérapie.

Une seconde demande de changement (ultérieure à la modification du prénom) peut être introduite après l'intervention chirurgicale auprès du tribunal de première instance du lieu de naissance; celle-ci consiste à modifier le sexe mentionné sur la carte d'identité.

CINQUIÈME ÉTAPE : PHASE DE SUIVI THÉRAPEUTIQUE

Après la transformation chirurgicale, un suivi psychologique, psychiatrique et endocrinien est conseillé. En effet, il n'est pas rare d'observer certaines difficultés à cette époque, le temps de l'illusion faisant place à celui de la réalité et la réalité corporelle féminine pouvant ne pas cor-

respondre à l'image féminine fantasmée que le transsexuel s'était forgée.

QUELQUES QUESTIONS QUE POSE LE TRANSSEXUALISME

1. La plus radicale des interrogations que soulève le transsexualisme est celle qui porte sur la validité de notre perception et sur la réalité des évidences : si le sexe, organe concret, évident, non ambigu, perd ses fonctions signifiante et discriminante, quelle confiance peut-on encore accorder à tout ce que nos sens nous donnent à connaître? Sur quoi fonder l'ordre de la réalité et l'ordre de la société, si une affirmation têtue suffit à rendre nul le constat collectif de la perception? (ce qui revient à donner un poids plus grand à une conviction interne et personnelle qu'à un fait connu par tous pour être réel). La contestation, la mise en doute des catégories de genre, des identifications et des rôles sexuels n'apparaissent à côté de cela, que comme des cas particuliers, de portée limitée bien que lourds de conséquence.

2. Une autre question concerne l'influence de facteurs extérieurs sur la genèse de la demande et plus particulièrement celle des médias ("médiatogénie") et celle de la médecine ("iatrogénie").

a) Le transsexualisme, bien que rare, est un phénomène très médiatique. Depuis 1953, les articles de presse, les émissions de télévision consacrés au transsexualisme se sont multipliés et c'est au travers de tableaux brossés par les médias que beaucoup de transsexuels se reconnaissent, trouvant un nom au malaise diffus qu'ils éprouvent depuis de nombreuses années. Il est clair, qu'aujourd'hui nous devons nous interroger sur les effets de cette médiatisation qui pourrait devenir une "médiatogénie".

b) On peut s'interroger aussi sur les rapports entre la demande de réassignation et l'offre chirurgicale. Il ne peut y avoir de transsexualisme consommé sans intervention médico-chirurgicale. Cela signifie-t-il que la possibilité technique produit la demande? Il serait injuste de considérer le transsexualisme seulement comme un tableau iatrogène. Même si la réponse à la demande de transformation corporelle est née de la médecine technicienne moderne et de ses pouvoirs - qui peuvent, en outre, corriger toutes sortes d'imperfections (chirurgie esthétique) -, le thème transsexuel n'a pas attendu les progrès de la médecine pour se manifester.

c) Nous clôrons notre propos par une question éthique. Alors que, d'habitude, le patient consulte afin que soit diagnostiquée puis traitée la pathologie dont il souffre, le transsexuel vient

porteur de son propre diagnostic, diagnostic indubitable à ses yeux, car qui mieux que lui-même peut savoir s'il se sent homme ou femme? Selon lui, la structure médicale à laquelle il s'adresse n'a plus qu'à entériner son autodiagnostic et à pratiquer l'acte technique ad hoc. Cette situation soulève des problèmes éthiques essentiels puisqu'ils concernent les conditions et plus encore les limites de notre intervention, en tant que spécialistes, sur quelque chose d'aussi central que l'identité et d'aussi fondamental que le corps. Quel droit ou quel devoir avons-nous de nous interposer entre la demande de changement de sexe et la possibilité chirurgicale d'y répondre? Avons-nous une place à tenir dans la confrontation du demandeur à la société? Le droit de disposer librement de soi-même - et de son corps - implique-t-il que les autres doivent tenir compte de l'usage qui est fait de ce droit.

Ces questions rappellent aussi que pour le transsexuel, le chemin de la transformation est long, difficile, douloureux et qu'il est devenu totalement inacceptable de voir en ces personnes souffrantes des obsédés sexuels en recherche de plaisirs troubles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Krafft-Ebing R von.— *Psychopathia sexualis. Étude médico-légale*, 1ère édition 1869; 16 et 17^e édition refondues par A. Moll, 1923, traduction française par Lobstein, R., 1931, Payot, Paris, 1969, 629.
2. Breton A.— *Le transsexualisme, étude nosographique et médico-légale*, Masson, Paris, 1985.
3. Mercader P.— *L'illusion transsexuelle*. L'Harmattan, Paris, 1994.
4. Bourgeois, M.— *Troubles de l'identité sexuelle. Dysphorie de genre et transsexualisme. Encycl. Méd. Clin. (Paris-France), Psychiatrie*, 11-1988, 37299 D20.
5. Stoller R.— *Masculin et féminin?* Paris, PUF, 1989.
6. Laplanche J, Pontalis JB.— *Vocabulaire de la psychanalyse*, 9^e édition. PUF, Paris, 1988.
7. American Psychiatric Association.— *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM IV* Masson, Paris, 1996.

Les demandes de tirés à part sont à adresser à Melle A. Michel, Service de Psychologie clinique (B 33), Sart Tilman, 4000 Liège.