

# QUELLES SONT LES COMPOSANTES CLINIQUES DU TRANS- SEXUALISME ? À PROPOS DE 212 CAS DE DEMANDEURS DE RÉASSIGNATION SEXUELLE

*WHICH ARE THE CLINICAL COMPONENTS  
OF TRANSSEXUALISM ? ABOUT 212 CASES  
OF APPLICANTS FOR SEX REASSIGNMENT*

N. PLANCHE<sup>1</sup>, P. GALIANA Y ABAL PhD<sup>2</sup>, M. DE JOUVENCEL<sup>3</sup>

## RÉSUMÉ

En France, et jusqu'en 2009, les personnes transsexuelles relevaient des ALD 23, c'est-à-dire des affections psychiatriques de longue durée. Depuis un décret d'avril 2010, les personnes transsexuelles relèvent des ALD 31, c'est-à-dire des affections dites hors liste, donc sans mention quant à leur nature psychiatrique. D'où la fin du protocole long et accablant auquel les transsexuels devaient se soumettre et qui avait pour objet d'objec-

1. Psychologue, Psychothérapeute, diplômée de Psychiatrie Légale, Membre de la SOFECT, Membre de l'AFTCC

2. Psychologue clinicienne et Anthropologue, Maître de conférences en psychologie à l'université Texas A&M – Corpus Christi.

3. Psychologue spécialisée en Neuropsychologie, Expert près la Cour d'Appel de Versailles

tiver une affection pathologique telle que la psychose pouvant remettre en question le bien-fondé du projet de réassignation sexuelle.

La présente étude est fondée sur un échantillon composé de 212 patients (107 H et 105 F) examinés en consultation externe dans un service psychiatrique hospitalier. La moyenne d'âge des Hommes (H) est de 35 ans (19-57) et celle des Femmes (F) 29,5 ans (17-53). Les résultats des bilans psychologiques administrés à ces patients, les éléments issus de la psychobiographie nous ont permis de préciser des facteurs familiaux et socioprofessionnels et se sont avérés des indicateurs comparatifs avec la population générale aussi bien pour l'évaluation cognitive que pour le profil de personnalité. Cet article explore la question de savoir s'il existe des composantes psychiques caractéristiques chez les personnes manifestant un vécu de transsexualité.

## MOTS-CLÉS

Bilan psychologique, Réassignation sexuelle, Discordance, Transsexualisme, Métamorphose.

## SUMMARY

*In France transsexuality was classified as a long term psychiatric disorder (Affections de Longue Durée 23) until 2009. Since April 2010 a government decree established that transsexualism is a non-classified long term ailment. As this new categorization eliminates any reference to the potential psychiatric nature of transsexualism (Affections de Longue Durée 31) it put an end to the long and overwhelming psychiatric protocol to which transsexuals had to submit if they wanted to qualify for sex reassignment. In fact, the aim of this protocol was to objectify the potentiality of a pathological condition, such as psychosis, explaining the feelings of rejection/incongruence towards one's biological sex.*

*The present study is based on a sample of 212 patients (107 M and 105 F) examined as outpatients in a psychiatric hospital. The average age of the men (H) is 35 years (19-57) and the women (F) 29.5 years (17-53). The results of the psychological assessments administered to these patients provided comparative indicators with the general population for both cognitive assessment and personality profile. Elements of their psychobiography helped us clarify family and socio-professional factors in this population of patients.*

*This article explores the question of whether there are common psychological components among individuals manifesting a lived experience of transsexuality.*

## KEYWORDS

*Psychological assessment, Sex reassignment, Discordance, Transsexualism, Metamorphosis.*



## INTRODUCTION

Le transsexualisme questionne l'anthropologie, la médecine, la psychologie, la philosophie dans leurs dimensions conceptuelles comme éthiques. Le transsexualisme reste un sujet central provoquant simultanément fascination et révolusion, acceptation ou rejet, compassion ou haine.

Avant le décret de 2010 qui sortait la transsexualité des affections psychiatriques de longue durée pour l'inscrire dans les affections de longue durée hors liste, le protocole psychiatrique mis en place pour les demandeurs de réassignation sexuelle soumettait les candidats à la réassignation sexuelle à un examen psychologique complet. Cette étude rétrospective s'est effectuée avec une lecture des bilans psychologiques effectués sur une population de 212 patients.

Quelles composantes cliniques peut-on trouver en commun dans l'étude psychologique des demandeurs de réassignation sexuelle ?

Dans cette étude, il s'agit d'identifier les composantes évocatrices d'une vulnérabilité psychique du sujet caractéristiques de sa souffrance afin de comprendre la possible origine psycho traumatique de la transsexualité; d'évaluer les risques de décompensation (psychotique, suicidaire, dépressive...) ; de restituer la demande du sujet dans un contexte psychologique plus global, d'estimer l'accessibilité à l'accompagnement clinique de ces patients.

L'avis du psychologue s'inscrit dans une complémentarité de la méthode d'évaluation clinique avec celle du psychiatre.

A partir de ces évaluations, nous avons questionné la représentation de la réadaptation et de l'inclusion de cette population.

## I. LES TRAVAUX D'AUTEURS

L'idée générale est que le binarisme sexuel serait à l'origine de l'exclusion sociale et de la stigmatisation des sujets transsexuels. Qu'il s'agisse d'anthropologues, psychanalystes, praticiens médicaux, psychologues cliniciens ou bien de l'opinion populaire, le transsexualisme est une question qui ne laisse jamais indifférent. En tant que réalité clinique ou sociale, le transsexualisme met à mal des concepts dichotomiques de type bien/mal, corps/psychisme, féminin/masculin, naturel/culturel ou encore naturel/artificiel, éléments fondateurs des valeurs constitutives de l'ordre social dans nombre de sociétés occidentales. En effet, ces oppositions binaires présentent des avantages non-négligeables dans la mesure où elles sont créatrices de distinctions essentielles, de critères majeurs dans lesquels des représentations étiologiques du « comment être social » s'enracinent. Cependant, ces

représentations binaires fomentent des univers référentiels rigides ne laissant la moindre chance aux catégories d'être intermédiaires ou transitionnelles dans lesquelles la transsexualité pourrait s'inscrire. La transsexualité se situe encore aujourd'hui inscrite dans une logique déterministe qui puise son sens dans la biologie et la physiologie. Dans le monde animal, l'organicité renvoie nécessairement à l'opposition binaire mâle/femelle.

Le transsexualisme, nous le définirons comme une situation de souffrance psychique évocatrice, de la part du sujet qui la vit, d'une incapacité à se reconnaître, à accepter et à vivre dans son sexe biologique d'origine.

**Pour Sironi** (2011), la transsexualité est une contrainte au changement de sexe. La situation du transsexuel est mue par un désir d'expérimenter ce que l'auteur appelle une métamorphose humaine. En effet, le transsexuel souhaite voir ses attributs physiques se modifier afin d'évoquer corporellement ce qu'il se sent être psychiquement. En réalité, pour le transsexuel il y a une discordance voire une discorde entre ce qu'il se sent être intérieurement et ce qu'il paraît être extérieurement. L'individu est ainsi « en guerre » avec ce qu'il représente, en proie à un conflit entre l'image que les autres lui renvoient et ce qu'il se sent être au plus profond de lui-même. Identité sociale et identité individuelle entrent alors en conflit. Le transsexuel se sent très souvent emprisonné dans un corps qu'il ne peut faire sien.

Des études cliniques ont apporté des regards multiples, aux perspectives parfois adverses sur le phénomène de la transsexualité.

**Stoller** (1989) prônait l'existence de deux types de transsexualisme, le transsexualisme primaire et le transsexualisme secondaire. Le premier serait manifeste dans la plus tendre enfance et s'exprimerait sur l'adoption de comportements et parures définissant le sexe opposé. Ces comportements se poursuivraient à l'âge adulte et seraient évocateurs du destin du « vrai transsexuel ». Le transsexualisme secondaire prendrait forme dans l'âge adulte parfois de manière insidieuse, générant une souffrance chez le sujet, reflétant des mouvements pathologiques.

**Pour Chiland** (2011), le sexe est une réalité biologique qui ne peut être ni changée ou ni réinvestie dans la mesure où il constitue une donne immuable. Pour l'auteur, aucun homme ne serait devenir femme, de même, aucune femme ne serait en mesure de se changer en homme. Peretti (2008) voit dans la transsexualité une manière « d'être-au-monde », une façon de l'investir en (se) réinventant une nouvelle identité de genre, concept qui se différencie fortement de l'identité sexuelle.

**Sironi** (2011) propose un modèle théorique clinique, celui de la métamorphose humaine qu'elle définit comme « un 'changement de forme' une mise en adéquation entre le 'dedans' et le 'dehors' (2011 : 84). Et



l'auteure de développer autour de cette définition « la transition transsexuelle est une expérience de mise en forme d'une homothétie entre les changements extérieurs et les remaniements psychiques » (2011 : *Ibid*). Il est indéniable que le transsexuel peut trouver au moyen de la métamorphose corporelle un moyen de vivre en société qui réconcilie son être intime avec son être social.

Dans ce débat à propos du désir de réassignation sexuelle, une distinction nous paraît s'imposer entre genre et sexe. Le sexe est en effet une réalité biologique, binaire par essence : soit l'on naît homme, soit l'on naît femme. L'appartenance sexuelle confère à un individu une « qualité » spécifique, des attributs qui devraient « aller de soi ». En effet, les caractères distinctifs évocateurs de l'appartenance à un sexe sont marqués par la présence d'attributs physiques qui servent de marqueurs de l'appartenance à une communauté humaine. La pilosité est un marqueur majeur d'appartenance à un sexe. La présence de pilosité faciale ou l'abondance de pilosité corporelle sont des signes démarcatifs du sexe masculin. Ensuite, la noix d'Adam, la taille des mains sont aussi évocateurs du sexe masculin dans la mesure où ils convoquent l'idée de son attribut majeur : la virilité. Certaines caractéristiques physiques constitutives du genre féminin constituent une définition en négatif du masculin. À l'inverse, la faible pilosité corporelle ou l'absence de pilosité faciale sont des signes de féminité presque au même titre que la protubérance des seins. Si du point de vue biologique le sexe est sans nul doute marqué par l'anatomie corporelle, il l'est plus drastiquement par la morphologie génitale.

Le genre, terme dont le répertoire sémantique d'appartenance renvoie à la notion « d'espèce » et de « type » permet à l'individu de s'insérer dans une taxinomie sociale. Le genre nous apparaît comme le rôle social attribué à l'individu en fonction du sexe de naissance. Dans ce que nous appelons genre, il y a un ensemble de représentations qui lient attributs physiques à des propriétés psychiques et comportementales. Rites initiatiques et de passage pratiqués dans les sociétés traditionnelles sont de grande valeur heuristique à ce sujet : les poils des hommes sont communément associés à leur virilité et de ce fait ils sont exhibés, les seins de femmes sont des organes capables de fabriquer un fluide permettant de sustenter la vie humaine, renvoyant à la féminité, profondément connectée encore aujourd'hui à la maternité. Sexe (biologique) et genre (social) sont ainsi aisément confondus ce qui crée une souffrance profonde dans cette population de patients qui ne se sent prisonnière de son sexe biologique, facteur qui détermine les *sce-narii* sociaux qu'ils rencontrent au quotidien. Les sujets transsexuels ne peuvent évoluer dans leur genre d'assignation, avec les attentes sociétales qui vont de pair, ni même agir efficacement sur la contrainte majeure qui se trouve être leur sexe de naissance.

Encore de nos jours, l'origine biologique de l'assignation sexuelle de naissance est vécue par grand nombre de praticiens comme incontournable.

La transsexualité a fait l'objet de multiples diagnostics : perversion (alors que la transsexualité a peu à voir avec des préférences sexuelles), psychose (la détresse transsexuelle peut désorganiser psychiquement, mais elle ne produit pas nécessairement de symptômes psychotiques), transsexualisme dans le DSM-III (1980) puis troubles de l'identité sexuelle (1994) selon le DSM-IV. Dans le DSM-IV<sup>TM</sup>, le transsexualisme était classé comme un trouble de l'identité sexuelle (*sexual identity disorder*) jusqu'à l'arrivée du DSM-V en 2013. Après de longues recherches empiriques quant aux facteurs impliqués dans le déploiement de ces troubles, le DSM l'association américaine de psychiatrie (APA) a modifié la catégorie diagnostique d'appartenance du transsexualisme qui est aujourd'hui appelé dysphorie sexuelle (*gender dysphoria*). Cette catégorie nosographique se situe dans un territoire nosographique quelque peu isolé. En effet, dans les discussions relatives à la dysphorie de genre, le DSM-V ne classe plus les transsexuels parmi les malades mentaux mais les décrit en tant que personnes présentant une souffrance liée à une « incongruité » existant entre leur sexe biologique (celui que leur corps visible et exprimé) et leur sexe d'appartenance (celui qu'ils expérimentent comme étant leur vrai sexe). Le DSM-V insiste également sur l'existence de catégories intermédiaires d'individus ne souhaitant s'inscrire dans la catégorie binaire du masculin/féminin. En effet, nombre de patients candidats à la réassignation hormonale expriment le souhait de ne pas modifier leurs attributs génitaux d'origine et exposent leur projet de vivre dans des catégorisations sexuelles alternatives (transgenres) pouvant présenter des attributs physiologiques appartenant aux deux sexes (des seins féminins et des génitaux masculins, par exemple). Comme conséquence de cette « incongruité » de cette discordance chez le patient transsexuel entre le « sexe biologique » et le « sexe vécu », il existe chez ces patients une incapacité récurrente à accepter et à vivre dans leur sexe biologique. Fidèle à cette logique, la dysphorie de genre est définie comme situation de psychopathologie (refus de vivre dans le sexe biologique du sujet manifeste par un désir de réassignation sexuelle et accompagné par troubles anxieux et dépression fréquemment comorbides). Dans la dysphorie sexuelle, le DSM-V décrit une situation de psychopathologie émanant d'un conflit ouvert entre le patient et son corps, d'un sentiment d'enfermement dans un corps non-voulu, de vécu de rejet des attentes de la part de l'environnement et plus généralement des représentations liées du rôle social issues de l'inscription de ce corps biologique dans un sexe non-voulu. Les propositions étiologiques du DSM-V insistent sur la complexité des facteurs de risque impliqués dans la dysphorie de genre, même si le DSM-V met clairement l'accent sur les composantes biologiques.

Les facteurs environnementaux comme les attitudes parentales potentiellement évocateurs du désir d'avoir un enfant appartenant au sexe opposé et l'implication de facteurs post-traumatiques sont aussi indiqués comme potentielles causes facilitant le déploiement de la dysphorie sexuelle.

Dans la CIM 10 (classification internationale des maladies 10ème révision), le transsexualisme entre dans les déviations et troubles sexuels.

## II. ÉTUDE CLINIQUE

### 1. Population

Étude d'une population de 212 patients (107 H et 105 F) de 1999 à 2008 ayant bénéficié d'un examen psychologique (entretien, questionnaire, tests psychométriques et projectifs) dans le cadre d'une demande de transformation hormono-chirurgicale (THC). Cet examen a été effectué en consultation externe dans un service de psychiatrie hospitalier.

### 2. Méthode

Les bilans comprennent la passation d'entretiens cliniques semi-structurés d'une durée d'environ deux heures. Ensuite une passation de tests diagnostics (RORSCHACH), de tests de vocabulaire (BINOIS et PICHOT), de tests d'intelligence (échelle d'intelligence de WESCHLER (WAIS-R), de l'inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI).

Ces sujets manifestent une vulnérabilité du fait de leur vécu subjectif douloureux et de leur difficile insertion sociale. Cette problématique du sujet transsexuel est soulevée lors de l'examen psychologique.

Les facteurs personnels et environnementaux étudiés et les résultats aux tests psychométriques (facteurs intellectuels et mécanismes projectifs) ont été documentés avec les données de la littérature encore peu nombreuses.

Le questionnement sur le suivi et les modalités d'accompagnement de ces patients nous ont amenés à une meilleure connaissance de leurs attentes.

Les critères familiaux, sociaux, intellectuels et psychoaffectifs ont été analysés statistiquement.

Nos hypothèses d'étude sur le vécu de ces hommes et femmes ciblent les modalités de ces demandes, les résultats de l'évaluation et des préconisations à propos du suivi de ces sujets.

L'examen psychologique répond à un protocole médico-psycho-chirurgical bien défini mais les sujets nous disent combien il est essentiel qu'ils s'approprient cette demande pour ne pas la vivre comme une contrainte administrative qui sanctionne.

L'objectif de l'examen psychologique est multiple. Il s'agit de dépister les composantes évocatrices d'une vulnérabilité psychique du patient prototypique de sa souffrance ; d'évaluer les risques de décompensation (psychotique, suicidaire, dépressive...) ; de restituer la demande dans un contexte psychologique plus global, d'évaluer l'accessibilité à la prise en charge tout cela afin de donner un avis basé sur méthode d'évaluation clinique complémentaires à ceux du psychiatre.

Le matériel utilisé est constitué d'entretiens cliniques, de la passation de tests diagnostiques, de tests d'intelligence et de questionnaires de personnalité.

- Entretien (présentation, accueil, psychobiographie, attentes, projets)
- Test de vocabulaire BINOIS et PICHOT
- Échelle d'Intelligence de WESCHLER (WAIS-R)
- Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI)
- Test de RORSCHACH

Sur la sollicitation du psychiatre qui a recueilli précédemment la demande du patient ou celle d'un médecin, la réalisation de cette évaluation reste toutefois soumise à la participation volontaire du patient. Elle peut être compromise ou reportée par manque d'informations, réticence, conditions sociogéographiques difficiles...). L'accueil et la mise en confiance constituent des éléments essentiels pour permettre à ces patients de s'engager dans cette démarche de THC difficile et souvent douloureuse.

### 3. Résultats

**Population** : il s'agit de 212 patients, 107 hommes et 105 femmes

**Examen** : il dure une journée en consultation externe 19% des patients viennent accompagnés (amis (e), conjoints)

La demande des femmes s'effectue à un âge plus précoce que celle des hommes :

Pic FtM se situe dans la période adulte jeune < à 30 ans (23-27-30 ans)

Pic MtF se situe dans la période adulte > 30 ans (31-40-43 ans)

Le statut (marié ou divorcé) est uniquement retrouvé dans la population MtF (/107) (voir les figures 1, 2 et 3).

Si le niveau culturel des demandeurs se situe après le premier cycle du secondaire : MtF (64%) et FtM (77%), nous observons que les demandes FtM doublent (30%) par rapport à celles MtF (15%) se situant au niveau universitaire.

Les demandes de niveaux culturels inférieurs à la classe de 3<sup>e</sup> MtF (28%) et MtF (10%) confirment le niveau culturel supérieur des FtM à celui des MtF pour l'ensemble de la population étudiée.

Ces niveaux culturels ont déjà été identifiés dans l'étude de Kindynis (1985) (voir les figures 4 et 5).

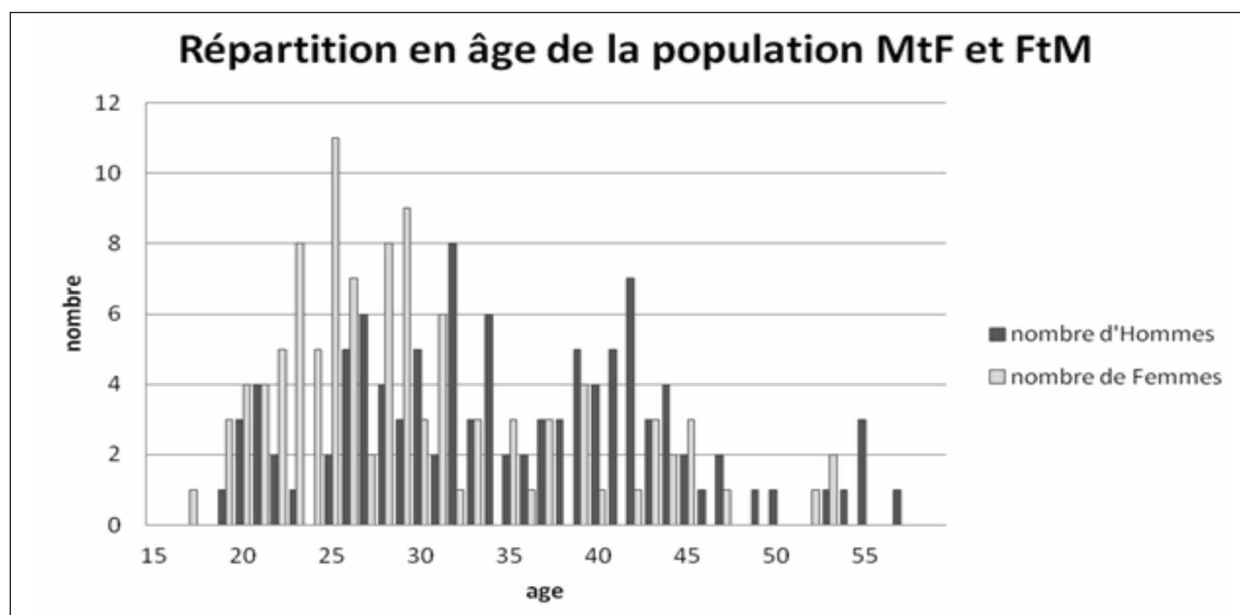


Figure 1 : Répartition en âge de la population MtF et FtM

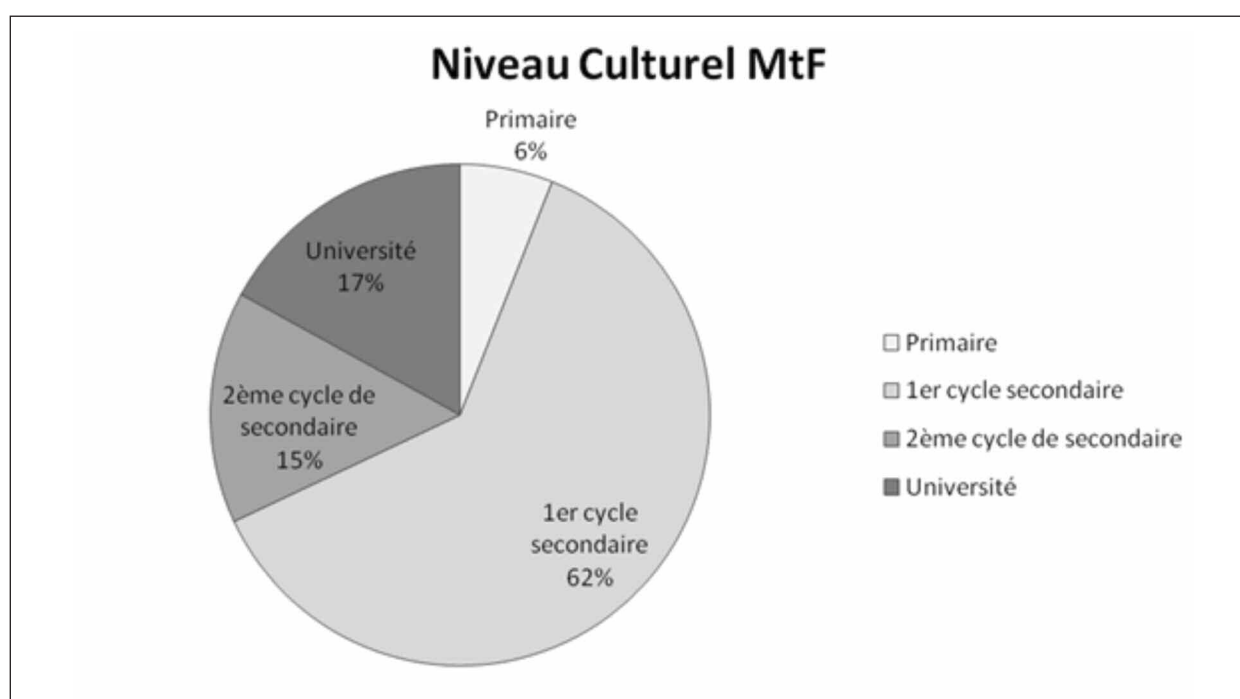


Figure 2 : Niveau culturel MtF : MtF : 34% en classe de 3<sup>e</sup>, 15% en classe de 1<sup>re</sup>, 15% en cursus universitaire

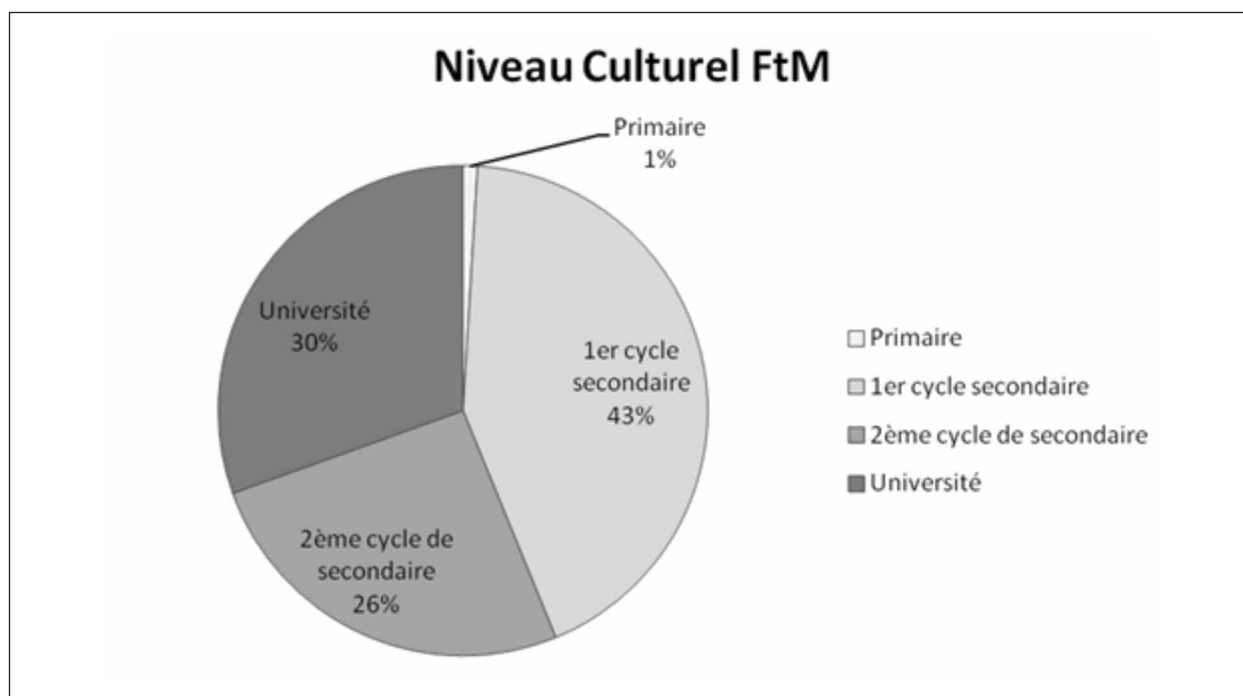


Figure 3 : Niveau culturel FtM : FtM : 33% en classe de 3<sup>e</sup>, 14% en classe de 1<sup>re</sup>, 30% en cursus universitaire

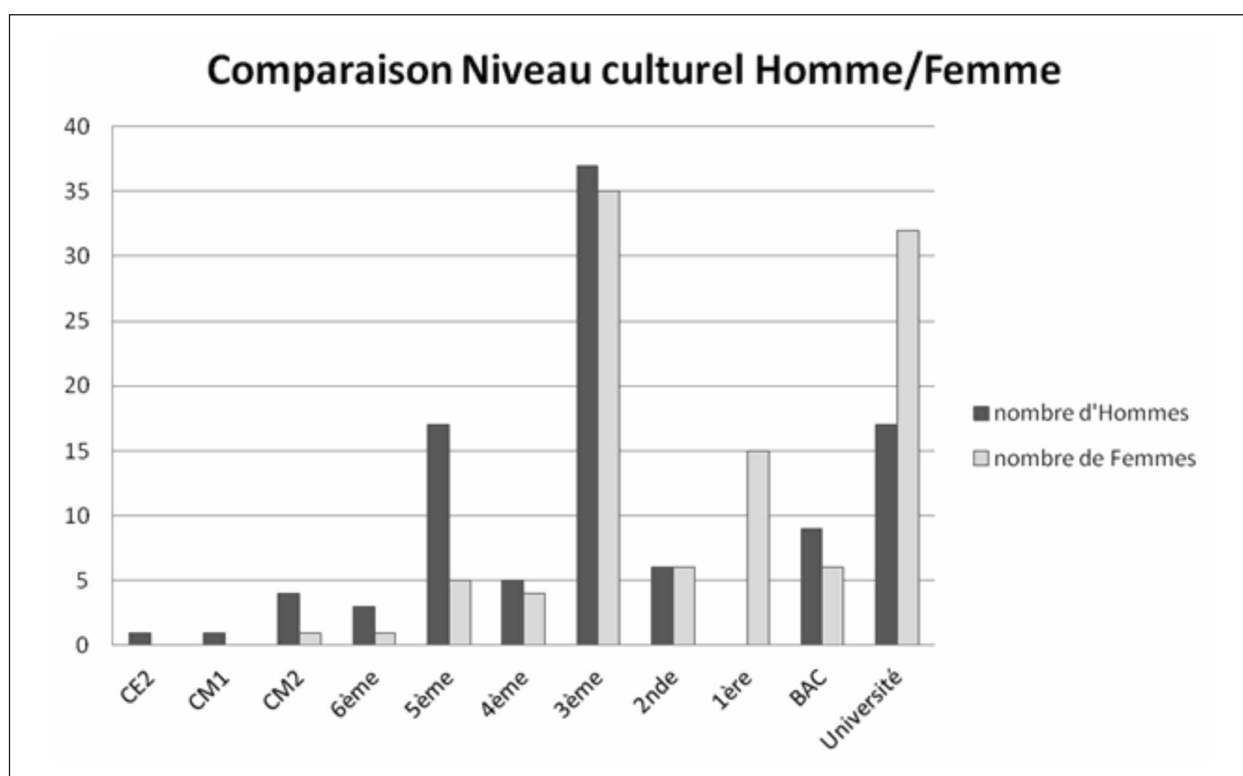
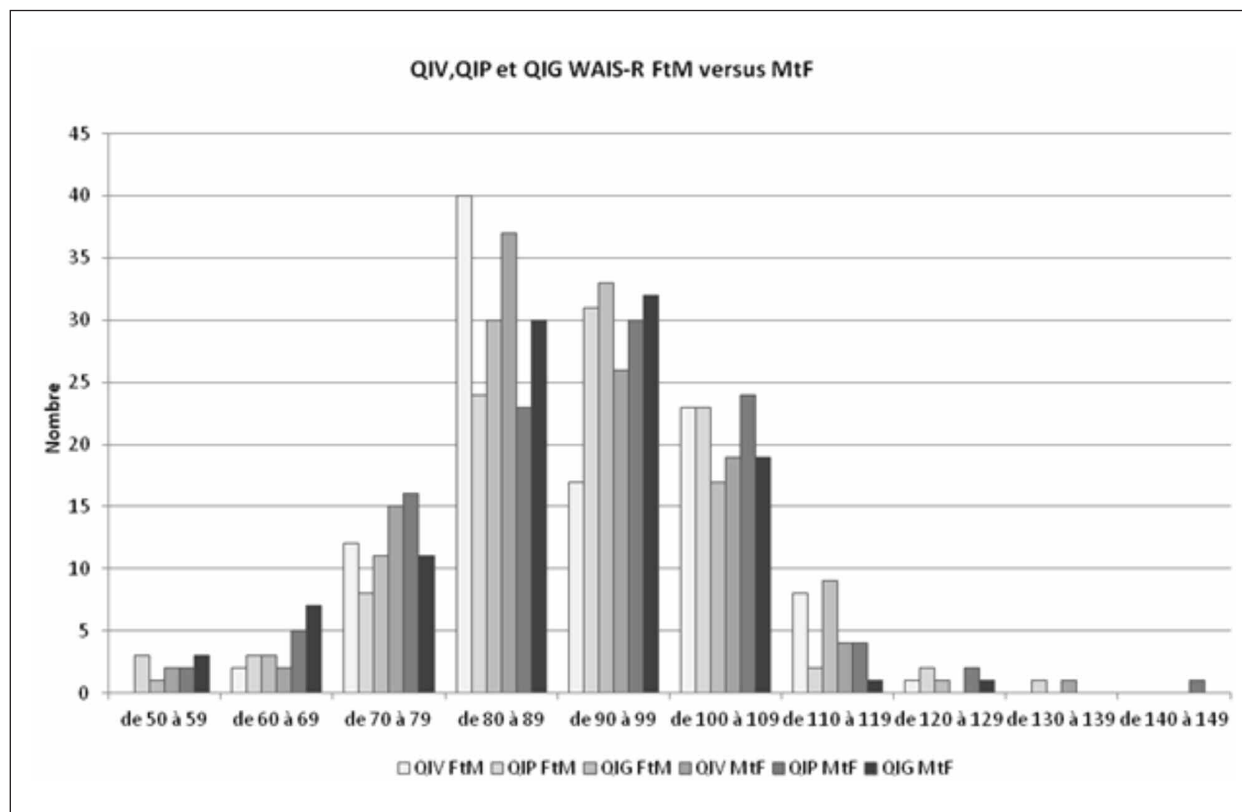


Figure 4 : Niveau culturel MtF : MtF : 34% en premier cycle de secondaire, 15% en deuxième cycle de secondaire, 15% en cursus universitaire



**Figure 5 : Niveau culturel FtM : FtM : 33% enfin de premier cycle de secondaire, 14% en deuxième cycle de secondaire, 30% en cursus universitaire**

Si le niveau culturel des demandeurs se situe après le premier cycle du secondaire : MtF (64%) et FtM (77%), nous observons que les demandes FtM doublent (30%) par rapport à celles MtF (15%) se situant au niveau universitaire. Les demandes de niveaux culturels inférieurs au premier cycle de secondaire MtF (28%) et MtF (10%) confirment le niveau culturel supérieur des FtM à celui des MtF pour l'ensemble de la population étudiée. Ces niveaux culturels ont déjà été identifiés dans l'étude de Kindynis (1985).

#### Comparaison Niveau culturel MtF versus FtM

##### Test d'efficienne intellectuelle (WAIS –R Échelle verbale – Échelle performance et Échelle globale)

L'investissement dans les épreuves cognitives est favorisé par un niveau culturel élevé qui semble rassurer le sujet en bilan. Ceci nous conforte dans l'observation des demandes plus élevées par les niveaux culturels supérieurs et plus spécifiquement chez les FtM, par exemple lorsqu'il s'agit d'un niveau universitaire.

Niveau 80-89 (*moyen faible*), Niveau 90- 99 (*moyen*), Niveau 100-109 (*moyen fort*)

Les FtM et les MtF ont majoritairement un potentiel verbal de niveau *moyen faible*, ils ont un potentiel de performance de niveau *moyen* (+10 points). Ceci est

corrélé avec les études de la population générale (QIP > QIV +/- 10 points)

La clinique et les résultats psychométriques témoignent d'une population sans dysharmonie cognitive (+ 10 points) et avec des échelles verbale, performances et globales de niveaux *moyen faible* et *moyen*.

##### Tests de personnalité (MMPI et Test de ROR-SCHACH)

L'investissement dans les épreuves projectives et de personnalité est corrélé avec le niveau culturel pour la compréhension et le sens à donner à ces épreuves en relation avec la demande des MtF et des FtM.

La totalité des protocoles ont pu être exploités et montre des profils de personnalité et les mécanismes de défense mis en œuvre.

Nous retrouvons dans le MMPI des facteurs communs aux deux populations (MtF et FtM) :

- selon les profils, anxiété, éléments évocateurs de composantes sociopathiques, isolement social et repli sur soi
- hypersensibilité, l'hypersusceptibilité, facteurs évocateurs de passages à l'acte; FtM (PaPd=21%) et MtF (PaPd=20%).

Les éléments pathologiques sont deux fois plus fréquents chez les MtF (PaPdScPt=23% ; PaMa=14%) FtM PaPdScPt=11% ; PaMa=5%)

Nous retrouvons dans le protocole de Rorschach des FtM et MtF :

Dans  $\frac{3}{4}$  des cas, des banalités (Ban) avec un contenu (*papillon* Pl I et V) et (*chauve-souris* Pl V) quels que soient les facteurs (NC et professionnel, origine culturel, âge)

A la planche III, la kinesthésie humaine (KH) féminine est relevée dans 2/3 des cas chez les MtF.

Elle est comparable dans sa fréquence avec la kinesthésie humaine masculine relevée chez le FtM

### Test de RORSCHACH FtM

Les protocoles sont pauvres mais avec des banalités (Ban) bien perçues aux planches qui les sollicitent.

Les identifications masculines ou féminines sont le plus souvent corrélées avec la structure de personnalité : la fragilité structurelle de celle-ci limite la représentation du genre escompté.

Les mécanismes de défense de type névrotique tels le refoulement, l'isolation, le déplacement, le retournement sur soi ou la dénégation qui favorisent davantage cette représentation du sexe désiré.

L'identification au sexe escompté est plus corrélée à la structure de personnalité qu'au niveau intellectuel.

Cependant, à la planche III, nous relevons plus de personnages indéterminés et asexués dans la population à faible niveau socioculturel.

### Test de RORSCHACH MtF

Si la tendance à l'agressivité et à la méfiance par rapport à la consigne du test est retrouvée chez les FtM surtout pour les niveaux socioculturels faibles, cette résistance à la participation au test est plus marquée chez les MtF souffrent davantage d'une non acceptation sociale de leur condition. Ceci s'avère vrai notamment lorsque cette population s'exerce à la prostitution.

Dans le Test de Rorschach, les mécanismes de défense apparaissent de type pseudo histrionique avec des éléments de dissociation et somatisations diverses. Ces composantes apparaissent plus clairement chez les FtM, avec un surinvestissement érotique du corps fréquent.

Les identifications sont plus aléatoires, féminines par rapport au sexe escompté mais également asexuées voire indifférenciées.

Les réponses sont d'une plus mauvaise qualité chez les MtF et avec une majorité de contenus pathologiques.

### Éléments psychobiographiques des patients :

#### — Etapes de développement psychoaffectif

**Enfance** : l'attirance F ou M est raconté par le patient comme ayant été vécue sous forme de déguisement, banalisée ou acceptée partiellement.

**Latence 8-10 ans** : cette période interpelle le sujet dans son développement mais le maintien dans le secret, le non-dit.

**Préadolescence 10-14 ans** : le vécu de la sexualité est incomplet et son appréciation est variable en raison des caractères sexuels du sujet encore peu affirmés.

**Adolescence 15 à 20 ans** : Le développement corporel et psychoaffectif confirme le sujet définitivement dans son sexe et exacerbe la souffrance de ne pas appartenir au sexe opposé.

#### — Les relations sociales et affectives

Elles sont pauvres et témoignent d'un phénomène d'exclusion

La famille n'est pas un soutien dans 80% des cas et dans 99% des cas, elle n'était pas présente pour l'accompagnement lors du bilan psychologique à l'exception des sujets vivant en couple

#### — Les vécus corporels

Ils présentent des composantes multiples anxio-dépressives du fait qu'ils surviennent brutalement et dans l'ignorance chez des sujets qui espèrent magiquement voir leur sexe se métamorphoser.

La réalité de cette discordance peut générer des mouvements agressifs avec des passages à l'acte autoagressifs : automutilations, prise du médicament, alcoolisme, absorption de produits illicites, phobie des attributs sexuels, vision de non finitude.

## DISCUSSION

Si le transsexualisme n'est pas une pathologie en soi, des études cliniques diverses (Stoller, 1989 ; Peretti, 2008 ; Sironi, 2011) montrent qu'il est fréquemment associé à un vécu traumatique précoce.

Pour Peretti (2008), il pourrait s'agir d'un vécu traumatique advenu au stade du cocon comme postérieur à ce dernier. Cependant, l'auteure se basant sur son expérience de psychothérapie auprès de patients transsexuels pointe la nature de ce trauma « le déni du sexe de l'enfant a valeur de trauma non pas en tant qu'évènement ponctuel mais bien plutôt comme évènement au long cours, continu et sans cesse alimenté » (2008 : 279). Ce déni parental du sexe de l'enfant serait exprimé par une « discordance entre la parole, le regard des parents et la réalité biologique » (*Ibid* : 280). Le trauma inaugural fondateur du vécu transsexuel serait « fixé » par la répétition insidieuse de manifestations de déni de l'identité sexuelle de l'enfant. Le vécu traumatique rencontré dans la psychobiographie des demandeurs de réassignation sexuelle comporte une palette très variée d'évènements : viols ou agressions sexuelles pendant l'enfance, inceste, maltraitances infantiles (Peretti, 2008). A cette longue

liste Sironi (2011) ajoute les expériences d'acculturation.

Pour Sironi, l'expérience de l'effraction laisse une empreinte traumatique. « Un traumatisme est un marqueur indélébile qui va organiser la vie du sujet ou une partie d'elle autour d'un attracteur. Tout l'y ramène, à cette forme imprimée, telles des conduites traumatophiles, des répétitions ou un besoin de maîtrise ou de contrôle de soi » (2011 : 111-112). L'effraction traumatique initiale appellerait à une métamorphose « ...à une ouverture vers une nouvelle appartenance, ou un nouvel état » (2011 : 89). Mais l'auteur rappelle qu'en psychologie clinique et en psychothérapie, les corrélations ne sont pas nécessairement des relations objectivables de cause à effet » [...] (*Ibid* : 212). Si le trauma est fréquemment trouvé dans les parcours de vie des demandeurs de sexe, cette donnée n'est pas à généraliser à l'absolu.

Les observations cliniques de Peretti (2008) et de Sironi (2011) nous invitent à penser la souffrance du sujet transsexuel comme une « plaie ouverte » identitaire. La stigmatisation sociale qui suit le défaut d'appropriation du « territoire corporel » pouvant mener à la recherche d'une nouvelle identité de genre.

Dans notre étude, les résultats au MMPI rendent compte d'une anxiété envahissante qui peut être mise sur le compte d'une organisation traumatique chez certains sujets. Il en va de même pour les composantes cliniques montrant l'incapacité des sujets à s'insérer socialement. Elles mettent en exergue un émoussement affectif évocateur d'un désinvestissement affectif post-traumatique, une impulsivité pouvant induire un passage à l'acte auto ou hétéro agressif et un repli sur soi qui révèle des éléments dépressifs ainsi que les effets d'une marginalisation sociale hautement stigmatisante. Selon les profils, hypersensibilité, hypersusceptibilité évoquent une souffrance émanant d'une vulnérabilité narcissique éventuellement renforcée par la répétition traumatique : les demandeurs de réassignation sexuelle ont grand mal à trouver leur place, dans leur propre corps et dans la société. Ce vécu de marginalisation les amène à trouver difficilement des situations qui pourraient s'avérer contenantes.

L'objectivation de l'absence de composantes potentiellement pathologiques permet de donner cours à bien cette transformation chez les patients qui malgré les douloureux remaniements psychiques qu'elle implique, est vécue comme libératoire (Sironi : 2011). Les éléments pathologiques sont deux fois plus fréquents chez les MtF. Entretien clinique à l'appui, ces éléments nous sont apparus comme le résultat d'un vécu stigmatisant lié à la norme sociétale. En réalité, le projet de réassignation sexuelle chez des sujets de sexe masculin serait vécu comme autodévalorisant, et de ce fait potentiellement dévalorisant dans la mesure où une transformation d'homme en femme implique de perdre une place de choix, celle du « sexe fort ».

Les troubles des identifications dans le Rorschach sont aléatoires, féminines par rapport au sexe escompté mais également asexuées voire indifférenciées. Ces troubles identificatoires nous ont semblé un effet de miroir par rapport aux identifications pathologiques à leur sexe de référence que Peretti (2008) attribue à la relation du sujet avec ses figures parentales. Une fois de plus, les réponses sont d'une plus mauvaise qualité chez les MtF et avec une majorité de contenus évocateurs d'une vulnérabilité identitaire.

Le niveau socioculturel est un facteur spécifique dans la demande avec un *effet de sexe* facilitateur pour les FtM. Nous voyons comment les récits recueillis montrent que les jeux d'habillement dans l'enfance sont choisis dans l'autre genre tant pour les MtF que les FtM. Le développement psycho corporel est vécu de manière différente chez les MtF et les FtM.

Les MtF vivent de manière plus difficile leur transvestisme, facteur d'exclusion familiale et socioprofessionnel. Stoller (1989) mentionnait déjà que le transvestisme était exceptionnel chez les FtM. Nous pensons que le regard social porté par « l'androgynisation » d'une femme en fait un phénomène exotique, plus subtil et de ce fait moins dérangeant que ne peut l'être la féminisation d'un homme.

## CONCLUSION

Le protocole à suivre par les demandeurs de réassignation sexuelle était vécu par les sujets comme coercitif et de ce fait, il est générateur d'angoisse. De par les représentations de la transsexualité potentiellement pathologisantes qu'il véhicule, il est vécu dans l'incompréhension, le rejet, voire l'exclusion. Cela n'en facilite pas la libre expression de la souffrance psychique des sujets, favorisant le découragement, la révolte et les attitudes vindicatives du sujet.

L'apport des nouveaux tests et du DSM-V modifient progressivement le regard posé sur ces sujets.

Notre étude rétrospective a eu pour objectif la recherche de facteurs caractéristiques de cette population dans son parcours de bilan psychologique (demande, passation, résultats).

Elle montre un *effet de sexe* dans le vécu, plus défavorable pour les MtF avec une exclusion et une souffrance psychique plus marquée. Loin de singulariser le débat, à l'origine de cette différence, les représentations sociétales liées au genre masculin qui « transformé » en féminin perdrait de son prestige social est un des facteurs de cet *effet de sexe*.

Les FtM semblent développer plus de ressources d'adaptation avec des niveaux culturels plus élevés qui limitent les phénomènes d'exclusion redoutés par les deux populations.

Il existe une prévalence de traits des sujets (effet de sexe, impact du niveau culturel, développement psycho intellectuel normalisé). Une réflexion est à poursuivre afin d'inclure cette population dans une perspective d'acceptation de soi avec des difficultés d'adaptation et d'inclusion.

Le récit de ces hommes et de ces femmes témoigne de l'impact environnemental sur leur vécu et leur destinée. La difficulté d'acceptation de soi est l'élément prépondérant de la psychologie de ces personnes.

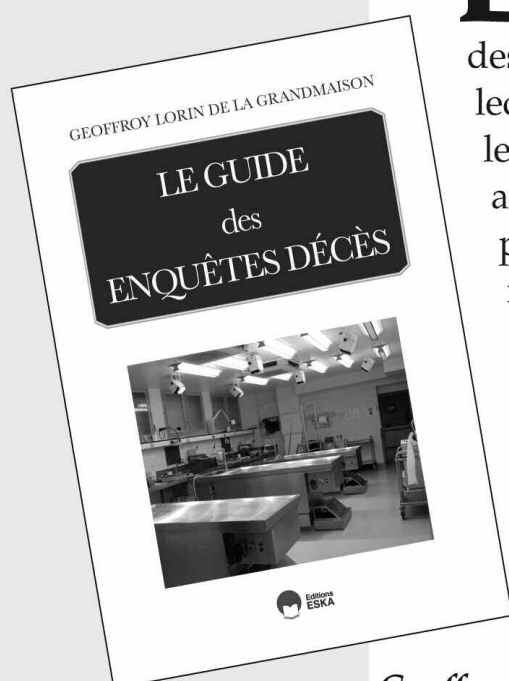
Une réflexion est à poursuivre afin d'inclure cette population dans une perspective d'humanité. ■

## RÉFÉRENCES

- DSM III, Manuel statistique des troubles psychiatriques, American Psychiatric Association.
- DSM-IV, Manuel statistique des troubles psychiatriques, American Psychiatric Association.
- DSM V, Manuel statistique des troubles psychiatriques, American Psychiatric Association.
- KINDYNIS S. « *Contribution des tests mentaux à la connaissance et au diagnostic des troubles de l'identité de genre* » in Breton J, Frohwirth C, Pottiez S. (1985) *Le transsexualisme. Etude nosographique et médico-légale*. Comptes-rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française LXXXI<sup>11</sup> session, Paris : Masson.
- CHILAND C. (2011) *Changer de sexe*, Paris : Odile Jacob.
- CHILAND C. Clément BONNET, Alain BRACONNIER (2010) *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, Paris : Eres.
- COUSSINOUX S, SMITH J. Le bilan psychologique dans la prise en charge des demandeurs de « changement de sexe ». Commission du 28 janv 2005.
- GALLARDA T., COUSSINOUX S., CORDIER B., LUTON J.P., BOURDEL M.C., OLIÉ J.P. Intérêt des tests de personnalité dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent Annales médico-psychologiques Volume 159, numéro 6, pages 466-470 (juillet 2001).
- PERETTI, M.L. (2008) *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*, Paris : L'Harmattan.
- RORSCHACH H. (1921) *Psychodiagnostic*, Paris : PUF, 1962.
- HATHAWAY R., et Mc KINLEY J. C., Manuel Inventaire Multiphasique de personnalité du Minnesota. Traduction et adaptation par J. Dr Jacques Perse (1996) ECPA Paris.
- SIRONI, F. (2011) *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Paris : Odile Jacob.
- STOLLER, R. J. "Observing the erotic imagination", New Haven Londres – Yale University Press in Chiland C. (2011) *Changer de sexe, illusion et réalité*, Paris : Odile Jacob.
- STOLLER, R.J. (1989) *Masculin ou féminin*, Paris : PUF.
- WELLDON E. V., Mother, Madonna, Whore, the idealization and denigration of motherhood, New York – Londres Guilford Press (1988-1992) in Chiland C. *Changer de sexe, illusion et réalité*. Odile Jacob, 2011.

# LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS

GEOFFROY LORIN DE LA GRANDMAISON



L'intérêt et les limites des investigations médico-légales mises en œuvre au cours des enquêtes décès ne sont pas toujours bien connus des enquêteurs ni des magistrats en charge de l'affaire. De même, la lecture d'un rapport médico-légal, qu'il s'agisse d'une levée de corps ou d'une autopsie, est souvent une tâche ardue pour un non-spécialiste. Cet ouvrage a pour principale ambition de faciliter le dialogue entre les médecins légistes, les magistrats et les Officiers de Police Judiciaire dans les situations courantes d'enquête décès, y compris les affaires criminelles. Ce livre s'adresse en particulier aux professionnels de justice (magistrats et avocats), aux services de police et de gendarmerie ainsi qu'aux étudiants en médecine légale.

*Geoffroy Lorin de la Grandmaison est professeur de médecine légale à la faculté des sciences de la santé de l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, anatomo-pathologiste, chef du service d'anatomie pathologique et de médecine légale à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).*



12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS  
Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

ISBN 978.2.7472.1773.6  
15 x 21 cm - 468 pages

Prix : 30 €  
+ 3,51 € de frais de port

## BON DE COMMANDE

Je désire recevoir ..... exemplaire(s) de l'ouvrage : **LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS - CODE EAN 978-2-7472-1773-6**

au prix TTC de 30,00 € + 3,51 € de frais de port, soit ..... € x ..... exemplaires = ..... €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire :

☐ Carte Bleue Visa n° ..... Date d'expiration : .....

Signature obligatoire :

☐ Virement postal aux Editions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z

Société / Nom, prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :  
EDITIONS ESKA – Contact : Catherine Duval - e-mail : catherine.duval@eska.fr  
12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35