



CHAPITRE IX

Pratiques médicales liées au transsexualisme

Introduction, Bernard Cordier	284
Troubles d'identité du genre	284
Considérations éthiques et déontologiques	286
Cellule de réflexion de l'Espace éthique	289
Établir des bonnes pratiques	289
Des repères incertains	291
Une confrontation délicate	294
Aux limites de la médecine	296
Préserver une dignité du soin	301

Introduction

Bernard Cordier *

Troubles d'identité du genre

Le transsexualisme n'est pas un problème de sexualité mais un problème d'identité. C'est un état pathologique : on ne choisit pas d'être transsexuel, cela s'impose à une personne qui, bien que présentant des caractères sexuels biologiques et morphologiques normaux, se sent appartenir à l'autre sexe. Dans cette discordance entre psyché et soma, c'est la psyché qui est anormale : le transsexualisme est donc une maladie mentale et l'intervention du psychiatre est indispensable à l'établissement du diagnostic.

Dans la dernière Classification internationale des maladies (CIM 10), éditée en 1993 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), figure un chapitre intitulé "Troubles de l'identité sexuelle" qui traite du transsexualisme. Dans la CIM 8 (1965), le transsexualisme était classé dans le chapitre des "Perversions sexuelles" et dans la CIM 9 (1979), il faisait partie des "Déviations et troubles sexuels".

La définition actuelle du transsexualisme de la CIM 10 est la suivante : *"un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré"*. Il est précisé que cette identité de type transsexuel doit être présente d'une manière persistante pendant au moins deux ans, ne doit pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel qu'une schizophrénie et ne doit pas être associée à une autre maladie sexuelle génétique ou chromosomique.

Cette définition consensuelle mais réductrice ne répond pas aux exigences sémiologiques de la psychiatrie française. En tout état de cause, elle ne fournit pas de critères diagnostiques suffisamment fiables pour autoriser une décision irréversible de transformation hormono-chirurgicale. Il faut rappeler qu'au XIXe siècle, les aliénistes français considéraient cette anomalie comme une monomanie, c'est-à-dire un délire partiel, avant qu'elle n'entre au XXe siècle dans le groupe des perversions

* Docteur, chef de service de psychiatrie, hôpital Foch, Suresnes.

sexuelles, forme particulière d'homosexualité avec "efféminisation" chez l'homme ou "viraginité" chez la femme.

C'est aux Américains, dans les années 50, que l'on doit le mot "transsexuel" et l'autonomisation du syndrome transsexuel. Dans les années 60, Stoller approfondit la question plus générale de *l'identité de genre* dont le déterminisme n'est pas encore élucidé mais qui comporte très probablement des facteurs biologiques (l'imprégnation hormonale du cerveau fœtal a été évoquée) et des facteurs psychologiques (qui peuvent être liés à l'attitude des parents et de l'entourage). Il s'en suivra le concept de dysphorie de genre, qui correspond à l'état de toutes les personnes, transsexuelles comprises, qui souffrent de leur statut social relatif au genre et ne souhaitent pas obligatoirement en changer.

Parmi les transsexuels, les spécialistes distinguent les formes primaires et secondaires.

- **Syndrome transsexuel primaire**

Le transsexuel masculin primaire présente un comportement féminin précoce et très marqué. À partir de l'adolescence, ce sentiment obscur d'être féminin fait soudainement place à une véritable prise de conscience du problème d'identité. Attiré par les hommes, le jeune transsexuel se défend pourtant d'être homosexuel. Ultérieurement, lorsqu'il apprendra qu'il existe des solutions médico-chirurgicales à son problème, il n'aura de cesse d'obtenir la transformation hormonochirurgicale puis juridique de son sexe. Le transsexuel féminin primaire présente les mêmes aspects sémiologiques mais inversés.

- **Syndrome transsexuel secondaire**

Il apparaît beaucoup plus tardivement après toute une période de vie en tant que travesti ou homosexuel.

Le diagnostic différentiel de ce syndrome concerne les états psychotiques avec délire à thème d'identité de genre, les homosexualités mal assumées et les perversions telles que le transvestisme fétichiste.

On peut donc dire que, du point de vue médical, si l'incertitude demeure sur la nature et la cause du transsexualisme, sa description par son invariabilité rejoint celle d'une véritable entité nosographique. Il n'en reste pas moins qu'il n'y a pas de véritable consensus sur la nature du problème, ni parmi les médecins, ni parmi les praticiens spécialisés ou qui croient l'être.

Lorsqu'ils ne sont pas tout simplement rejetés, les transsexuels font l'objet d'un activisme à l'origine de décisions qui ne sont pas toujours thérapeutiques.

Les incertitudes, pour ne pas dire l'ignorance, qui entourent encore les troubles de l'identité de genre, laissent le champ libre à une médiatisation souvent racoleuse ou à une littérature purement anecdotique.

La situation actuelle est source de malentendus et de contresens dans l'opinion publique et elle est certainement néfaste pour les patients eux-mêmes. C'est pourquoi, à l'initiative des professeurs Banzet, Breton et Luton, une équipe de spécialistes parisiens de différentes disciplines (psychiatre, psychologue, endocrinologue et chirurgien), exerçant en milieu hospitalier public et ayant acquis une réelle expérience dans la prise en charge de ce type de patients, a établi un protocole d'évaluation pour toute demande de transformation hormono-chirurgicale.

Il s'agit, avant tout, d'une démarche diagnostique qui consiste à rechercher si le patient souffre effectivement d'un trouble de l'identité de genre, la nature de celui-ci et ses éventuelles conséquences psychosociales. Il est convenu que durant une période d'observation d'au moins deux années, il ne sera prise aucune décision thérapeutique susceptible d'avoir des conséquences irréversibles. Si, à l'issue de cette évaluation, il est établi que le patient présente un syndrome transsexuel primaire, qu'il en souffre réellement et durablement et qu'il y a de grandes probabilités pour qu'il soit soulagé par une transformation hormono-chirurgicale, l'équipe pluridisciplinaire s'engage à la réaliser dans les meilleures conditions possibles.

Mais, sans la modification de l'état-civil, ce projet thérapeutique n'est pas finalisé. Le 11 décembre 1992, on a assisté à un revirement de la position de la Cour de cassation sur le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes. Elle a rendu un arrêt selon lequel : *"lorsque, à la suite d'un traitement médico-chirurgical, subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome du transsexualisme ne possède plus tous les caractères de son sexe d'origine et a pris une apparence physique la rapprochant de l'autre sexe, auquel correspond son comportement social, le principe du respect dû à la vie privée justifie que son état-civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence"*. La précision que le traitement doit être subi *dans un but thérapeutique* est d'une très grande importance, même si elle est redondante. Elle rejoint les préoccupations éthiques et déontologiques que nous allons aborder.

Considérations éthiques et déontologiques

Au-delà de sa légalité et de la jurisprudence en vigueur, se pose la question de la légitimité de cette transformation hormono-chirurgicale, qui demeure malgré tout un artifice et un pis-aller.

Au regard de l'éthique médicale, cette légitimité repose sur la mise en évidence par des médecins compétents d'une anomalie de l'identité de genre à l'origine d'une souffrance psychique qui, en l'état actuel des possibilités thérapeutiques, ne peut être soulagée que par cette transformation hormono-chirurgicale.

La légitimité de celle-ci, n'exige pas d'avoir découvert l'étiopathogénie de cette anomalie et il ne serait pas éthiquement valable d'en priver des patients dans l'attente de cette découverte. Elle suppose aussi que les bénéfices thérapeutiques compensent largement les risques encourus. Elle suppose donc une évaluation catamnétique dont les résultats seraient suffisamment probants pour valider les critères diagnostics qui avaient abouti à l'indication d'une telle thérapeutique. En d'autres termes, cette pratique ne peut être poursuivie sans que soit menée parallèlement une recherche dans tous les domaines, aussi bien étiologique que thérapeutique, par tous les moyens, de la psychanalyse jusqu'à la neuro-endocrinologie.

Au regard du Code de déontologie médicale (décret du 6 septembre 1995), certains articles concernent particulièrement les médecins qui pensent pouvoir prendre en charge des "candidats transsexuels". Ainsi l'article 5 qui stipule que le médecin "*ne peut aliéner son indépendance professionnelle*", ce qui suppose qu'il ne prenne aucune décision médicale sous pression ou influence extérieures, *a fortiori* sous une quelconque menace. Selon l'article 8, tout en étant libre de ses prescriptions, il doit les limiter "*à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins*". Les prescriptions hâtives d'hormones, sans indication ni même avis psychiatriques, ne respectent pas cet article, ni l'article 33 qui stipule que le médecin "*doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant (...) s'il y a lieu, de concours appropriés*", ni l'article 40 qui rappelle qu'il doit "*s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique, comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir aux patients un risque injustifié*".

Selon l'article 41 : "*aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux*"; en l'occurrence, si le consentement éclairé du patient (article 36) est évidemment indispensable avant une telle intervention, sa volonté n'est pas suffisante. Le fait qu'il demande à la subir ne constitue pas "un motif médical très sérieux" et on en revient aux critères médicaux de l'indication et au "but thérapeutique" souligné par la Cour de cassation.

C'est tout le problème de la compétence du médecin, dans un domaine nouveau et particulier, soulevé par l'article 70 selon lequel tout médecin, bien qu'habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement, "*ne doit pas*,

sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose".

Pour limiter tous ces risques d'errances, la qualification s'avère essentielle et nous préconisons l'hyper-spécialisation de quelques équipes pluridisciplinaires appartenant au service public hospitalier. Selon le modèle qui régit l'Assistance médicale à la procréation (AMP), des centres spécialisés, dont la compétence serait reconnue sur un plan national, seraient les seuls habilités à décider et à pratiquer la transformation hormonochirurgicale d'une personne souffrant de troubles de l'identité de genre.

Afin d'harmoniser ces décisions avec celles des tribunaux, nous suggérons aussi la création, à l'échelon régional, d'une instance médico-judiciaire à laquelle chaque cas serait soumis.

Pratiques médicales liées au transsexualisme

15 janvier 1998

Invités experts

Pr Pierre Banzet (chef de service de chirurgie plastique et réparatrice, hôpital Saint-Louis, AP-HP), Jacqueline Bouvet (cadre supérieur infirmier, hôpital Tenon, AP-HP), Pr Jean-Pierre Luton (chef de service d'endocrinologie, hôpital Cochin, AP-HP).

Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Michel Baur, Michel Bilis, Michèle Deloche, Françoise Duménil-Guillaudeau, Pr Patrick Hardy, Pr Serge Herson, Jean de Savigny (secrétaire général de l'AP-HP), Pr Didier Sicard, Pr Robert Zittoun, Pr Quentin Debray, Jean-Christophe Mino, Dr Antoinette Salem, Bruno Torti, Jean Wils.

Invités

Nicole Jacquemin, Françoise Philippo, Marguerite Romiguière (formateurs, Centre de formation continue du personnel hospitalier, AP-HP).

Établir des bonnes pratiques

Pierre Banzet

Le trouble, que certains ont baptisé transsexualisme, apparaît plus fréquemment chez les jeunes et de manière relativement atroce et insupportable. En effet, si nous ne faisons rien, il conduit nombre d'entre eux à attenter à leur vie. Ce trouble n'est certainement pas conforme aux descriptions qu'en donnent les médias qui mélangent souvent les genres en englobant d'autres altérations psychologiques ou psychiatriques, notamment les travestis. Il correspond à la répulsion intime et à la conviction de ne pas appartenir à son sexe morphologique ; ce refus aboutit à une exclusion éventuelle de la société ou à un suicide.

En tant que médecins, nous devons traiter ces personnes. Pour ma part, le traitement médico-chirurgical me semble légitime. J'ai la conviction qu'il reste tout à fait imparfait et illogique, par le simple fait que nous ne ferons jamais d'un homme une femme ou d'une femme un homme. En revanche, nous pouvons rapprocher une personne de l'enveloppe charnelle espérée et surtout lui permettre d'échapper à ce qu'elle ne veut pas être.

Néanmoins, nous ne pouvons nier l'aspect mutilant de ce traitement. A l'aube de notre expérience, nous nous exposons à de réelles poursuites. En effet, il est interdit d'amputer un organe sain. Le traitement représente une solution, par ailleurs certainement insuffisante ou médiocre, qui peut, cependant, être proposé à des sujets confrontés à un trouble profond. Mon expérience avoisinant les cent quatre-vingts patients me donne à penser que pour la majorité d'entre eux, nous leur avons été utiles.

Pour être légitime, ce traitement doit obéir à des règles strictes. La première étant de traiter une personne, médicalement (traitement hormonal) ou chirurgicalement, si et seulement une certitude diagnostique est acquise. Ne pas suivre cette règle mène à engager un traitement, parfois nuisible, pour ensuite basculer dans un engrenage conduisant invariablement à l'insolubilité du problème. Malheureusement, il arrive trop souvent que certains médecins, sans doute pleins de bonne volonté mais insuffisamment instruits, cèdent devant un syndrome, différent d'un bon diagnostic.

Ces règles de conduite ont été définies après un long cheminement. En effet, elles ont été étayées par des informations glanées à partir des démarches en cours dans d'autres pays, le meilleur modèle étant celui du Danemark. Pour schématiser, il ne faut ni poser un diagnostic rapide, ni le faire seul (la décision doit être collégiale); la décision doit être mûrie avec le temps (environ deux ans). Il paraît impensable de s'engager sans avoir posé le diagnostic, or la difficulté majeure reste que ce diagnostic n'a pas de fondement : tous les éléments biologiques et morphologiques vont dans le sens du sexe morphologique. Après un minimum de deux ans, lorsque la décision est prise, nous enclenchons le traitement hormonal, les démarches administratives et l'opération du patient pris en charge sur le plan psychiatrique.

Nous nous sommes fixés une règle formelle : tous ces traitements bénéficient d'une prise en charge de la Sécurité sociale, prise en charge demandée au médecin conseil national de la Sécurité sociale. Parallèlement, nous informons le Conseil de l'Ordre des médecins, comme autrefois pour l'avortement thérapeutique, en sollicitant une autorisation.

Ce traitement ne saurait être envisagé sans sanction légale. Les Danois, très en avance dans ce domaine, ont conçu une étude médicale puis une commission composée pour une moitié de magistrats et pour l'autre de médecins, qui suit l'ensemble de la démarche. Une fois la décision de traitement prise, les magistrats s'engagent à régulariser la situation. En Europe, les législations sont très hétérogènes dans ce domaine : en Hollande, on a le droit de choisir son sexe à dix-huit ans ; d'autres pays considèrent qu'il n'est pas envisageable de modifier l'état-civil d'un individu. Si l'on prend en charge médicalement une personne qui ne bénéficie

pas d'une régularisation sociale, elle va être confrontée à de multiples difficultés, notamment lors des passages de frontières, pour ouvrir un compte en banque ou encore, lors d'un contrôle de police : elle sera marquée du sceau de la marginalité. D'autre part, on lui ferme les portes du moindre emploi à l'exception de certaines entreprises ou administrations "intelligentes".

Les magistrats refusaient en raison de l'immovibilité de l'état, de changer l'état-civil de ces personnes. Ce fut notre dernière lutte. Au terme de nombreux colloques, nous avons abouti à une forme de jurisprudence : lorsque les magistrats ont acquis la certitude du sérieux d'un diagnostic médical posé, ils accordent le changement d'état-civil. Pourtant, après certains arrêts de la Cour de cassation, des interdictions concernant le changement d'état-civil de patients ont de nouveau été promulgués. Nous avons alors décidé de cesser tout traitement, car, sans volet social, nous considérons ne pas avoir le droit de continuer. Récemment, un arrêt de la Cour de justice européenne autorise le changement d'état-civil, contrairement à ce qui se pratique chez les Danois, au terme du traitement médical, ce qui prolongera d'autant une attente qui n'a été souvent que trop longue.

Des repères incertains

Jean-Pierre Luton

La surveillance de cette maladie a constitué pour ma part un fait du hasard. Il y a une vingtaine d'années, les gens allaient se faire traiter à l'étranger, puis s'engouffraient souvent dans le milieu de la prostitution. Exclus de la société, ils ne trouvaient pas de travail, ils faisaient ce qu'ils pouvaient ou bien, et c'était bien pire, certains chirurgiens étrangers leur promettaient la gratuité s'ils s'engageaient dans des cabarets parisiens. Pour un médecin, une telle réalité s'avère insupportable : nous avons le devoir de soulager les patients. Nous sommes dans l'obligation d'intervenir, même sans très bien savoir ce qu'est le transsexualisme et même si la thérapie proposée actuellement ne nous paraît nullement être une thérapie d'avenir.

Le transsexualisme est-il une pathologie psychiatrique ou une anomalie organique ? L'endocrinologue a une certaine expérience dans le cadre, par exemple, des tumeurs et des troubles enzymatiques de la surrénale : des femmes enceintes qui sont virilisées pendant les huit premières semaines de leur grossesse accouchent de petites filles masculinisées. On sait qu'un embryon peut être virilisé et nous avons appris que l'hypothalamus pouvait également l'être. Au début du développement, tout embryon est féminin et, sous l'action de certains produits hormonaux,

il peut se transformer pour devenir masculin entre la sixième et la huitième semaine. Le clitoris se transforme alors en verge, les grandes lèvres en bourses et, à la naissance, les testicules qui sont dans l'abdomen vont descendre dans les bourses. Ainsi, on peut concevoir que cette chaîne puisse s'interrompre à un moment donné, pour faire des garçons qui sont en fait des filles ou, inversement, suite à des troubles de récepteurs, donner des femmes qui sont en fait des hommes ("testicule féminisant").

Le transsexualisme pourrait-il être une des causes de cette interruption ? Y répondre me paraît impossible. On a souvent voulu l'assimiler à l'homosexualité, pourtant aucune corrélation n'est possible. Cependant, des expériences animales et des constatations humaines existent. Lorsqu'une souris est stressée à la fin de sa grossesse, les produits féminins sont tous homosexuels ; quand elle est stressée tout au long de sa grossesse, les produits masculins et féminins sont homosexuels. Une constatation a mis en évidence à Dresde, vingt ans après les bombardements de la Seconde Guerre mondiale, une proportion très importante d'homosexuels. Cette proportion pouvait être rapportée aux femmes ayant subi ces bombardements. Plus récemment, trois transsexuels ont été autopsiés à l'occasion d'un accident. Cet examen a révélé que la région hypothalamique où se trouvent les centres sexuels, était différente, comparée à un sujet "normal". Pour confirmer ce résultat, de nombreuses autopsies de transsexuels seraient nécessaires, ce qui me paraît peu réalisable et j'espère irréalisable. Il faudra probablement d'importantes recherches pour démontrer l'origine organique du transsexualisme. Pourtant, la cause peut être psychiatrique. En tout état de cause, je me garderai bien d'intervenir dans ce débat.

À l'heure actuelle, nous réalisons un bilan endocrinien général complet, à la recherche d'une éventuelle anomalie : nous n'en avons jamais trouvée. Cependant, nous avons pu constater des particularités mineures : les transsexuelles présentent très souvent des dystrophies ovariennes ou un aspect fluet peu virilisé. Ce bilan est très important sur le plan général et, notamment, sur celui de la vie sexuelle. Le transsexuel non transformé est un homme ou une femme (surtout un homme), qui ne désire pas sa sexualité et qui n'accepte pas une vie sexuelle. En comparaison, la femme vit plus souvent en couple que l'homme.

Nous devons également nous assurer que ces patients ne présentent pas de contre-indications aux traitements hormonaux ; donner des œstrogènes à un homme qui aurait une hypercholestérolémie, une hypertriglycéridémie, des thromboses ou des phlébites serait une erreur. J'ai vu des transsexuels qui avaient pris en sous-main des œstrogènes à forte dose et nous avons constaté des thromboses de la veine porte ainsi que des complications hépatiques. Enfin, nous devons nous

assurer qu'il n'existe pas de maladies sexuellement transmissibles avant de débiter une thérapeutique.

Nous ne pouvons pas engager de traitement sans avoir l'intime conviction de la transsexualité, car, actuellement, devant des troubles du comportement et de l'identité sexuelle, de plus en plus de médecins acceptent de donner des androgènes chez la femme et des œstrogènes chez l'homme.

Nous sommes intervenus auprès du Conseil de l'Ordre afin que cessent ces distributions d'hormones du sexe opposé, tant que l'on n'est pas sûr ou convaincu qu'il s'agit d'un transsexuel. Nous nous trouvons parfois dans des situations inextricables, face à des gens qui ont changé d'aspect mais auxquels on refuse une transformation. Parfois, devant des personnes complètement transformées mais non transsexuelles, nous sommes obligés, pour leur survie, d'accepter la transformation.

La concertation doit être multidisciplinaire et nous regrettons que les juristes ne soient pas à nos côtés, comme au Danemark, pour entreprendre également, puisque le traitement médical est décidé, la modification d'identité. Malheureusement, il nous est répondu qu'il appartient aux médecins de prendre la décision.

Médicalement, nous proposons des antihormones qui, à notre avis, testent les patients. Elles permettent une transformation physique réversible à l'arrêt du traitement, avec atrophie mammaire chez la femme et disparition de l'érection chez l'homme. Elles apportent également une certaine sérénité aux patients. Nous pouvons donc nous arrêter, si nous nous apercevons que le sujet, en voyant sa sexualité disparaître, ne désire pas aller plus loin. Ensuite, nous prescrivons des hormones sexuelles.

Il est important de savoir, qu'en injectant des hormones sexuelles à une personne, les modifications sont définitives : la pilosité et la voix se modifient très vite, puis des modifications morphologiques de la musculature et de la répartition des graisses apparaissent. Lorsqu'on engage quelqu'un dans une transformation, il faut pouvoir lui donner une hormonothérapie à vie, en particulier pour éviter la survenue d'une ostéoporose tardive puisque nous enlevons les gonades.

Je me suis impliqué dans ce domaine, mais je ne suis pas satisfait de moi-même. J'ai au moins la satisfaction de permettre à ces hommes et à ces femmes de rester dans la société, et d'en contenter certains de temps en temps.

Une confrontation délicate

Jacqueline Bouvet

Je travaille dans une consultation qui suit des transsexuels. Lorsque cette activité a débuté dans notre hôpital, les infirmiers, les cadres, les chirurgiens et les anesthésistes ont rencontré de multiples problèmes : nous n'étions absolument pas préparés à cette discipline. Nous ne savions pas comment approcher ces personnes : on appelle un homme, et c'est une femme qui se présente parce que la transformation a déjà commencé.

En consultation, le regard du public n'est pas tendre, notamment quand une personne masculine est transformée en femme ; certaines sont très grandes et larges : c'est un peu choquant. Parfois, des gens viennent vous demander : *"Qu'est-ce que c'est que ça ?"*

Je me suis également demandé s'il était normal, pour des chirurgiens, de couper des organes sains pour implanter des prothèses, lorsque l'on constate les souffrances endurées, surtout s'agissant des transformations femme/homme et du peu de résultats pour certains.

Pierre Banzet

Le jour où nous trouverons le traitement qui permettra au transsexuel d'être en harmonie avec sa morphologie, son sexe anatomique et chromosomique, nous arrêterons, évidemment, les pratiques actuelles.

Lorsque les patients ont commencé à venir dans le service, les infirmières qui ne savaient pas ce qu'étaient les transsexuels ont à peu près accepté le principe du transsexualisme masculin mais pas celui du transsexualisme féminin.

Sur cent quatre-vingts malades, nous n'avons pas eu à déplorer un seul suicide, probablement du fait de la sélection stricte des patients avant le début du traitement.

Colette Chiland s'est intéressée à la psychanalyse de l'enfant et par voie de conséquence au transsexualisme. Elle a revu un certain nombre de transsexuels traités dans le service (cinquante femmes et vingt-huit hommes) et a retrouvé une réinsertion sociale, un équilibre psychologique, voire conjugal, meilleur chez les transsexuels féminins que masculins. Non seulement cette chirurgie est mauvaise, mais elle est encore plus approximative de la femme vers l'homme et, curieusement, c'est chez elles que nous obtenons les meilleurs résultats. La seule réponse que je peux fournir est qu'il ne s'agit pas d'un problème de sexualité mais d'identité.

Jean-Pierre Luton

Au niveau international, on retrouve environ deux tiers de transsexuels masculins et un tiers de transsexuels féminins. Actuellement, nous traitons autant d'hommes que de femmes.

Ce n'est pas le suicide qui me préoccupe le plus, mais plutôt l'exclusion et la prostitution. Nous n'avons pas rencontré de problèmes dans le service depuis vingt ans, car notre démarche a été progressive. Nous ne recevons jamais plus d'un transsexuel dans le service, que ce soit en hospitalisation ou en consultation. Ils ne se rencontrent pratiquement jamais. De temps en temps, les infirmières nous apprennent que, dans le hall de la consultation on observe des réactions de moquerie, mais nous ne sommes plus gênés par ce problème.

Jacqueline Bouvet

Le comportement de ces personnes pose souvent des problèmes. Les transsexuels masculins sont "fiers" d'être transformés en femme, mais leur attitude représente une image fautive de la femme.

Pierre Banzet

Nous avons participé avec Jean-Pierre Luton et Jacques Breton à l'émission de télévision *Les dossiers de l'écran*. Les responsables avaient invité des gens qui n'étaient pas des transsexuels, à l'exception d'une personne qui intervenait cachée. Les travestis transformés se présentent sous la forme de femmes provocantes et maquillées à l'extrême. Le vrai transsexuel n'aspire qu'à la tranquillité.

Il faut ajouter que, chirurgicalement, nous réalisons le moins possible de prothèse chez la femme. La reconstitution des voies urinaires reste une source de complications et nous sommes sur un terrain peu expérimenté.

Patrick Hardy

J'ai eu l'occasion de recevoir des patients qui posaient la question du transsexualisme. Ce trouble existe très précocement. En consultation, les souvenirs des patients les font remonter à l'enfance, mais parfois les parents assurent que c'est vers quatre ou cinq ans que la perturbation a débuté.

Pierre Banzet

Les troubles apparaissent plus souvent au moment de la puberté.

Patrick Hardy

Certains sujets connaissent assez bien la symptomatologie et il est tout à fait possible que les souvenirs rapportés par les patients soient une reconstruction. Sur le plan étiopathogénique, il n'existe pas d'arguments indiscutables. Le traitement psychologique repose sur la psychothérapie, même si, à une époque, on a donné des neuroleptiques et fait des électrochocs sans véritable résultat. La psychothérapie reste un élément important dans la période de latence de deux ans précédant le début de la transformation.

On se demande également si une intervention psychothérapeutique précoce (au moment de l'adolescence) pourrait rendre le trouble réversible. Certaines publications semblent le confirmer. Cependant, des études naturalistes ont montré qu'un transsexualisme qui apparaît dans l'enfance ou l'adolescence peut spontanément régresser à l'âge adulte.

Le traitement actuel n'est pas satisfaisant car il est irréversible et va dans le sens de la maladie. L'avènement de ces thérapeutiques a entraîné une certaine "publicité" qui a permis à des transsexuels qui se méconnaissaient d'accéder aux soins.

Le transsexualisme pose la question, sur le plan éthico-psychologique, de l'origine des déterminants de l'identité.

Aux limites de la médecine

Jean de Savigny

Je trouve ce sujet gênant à aborder, car je me suis toujours senti mal à l'aise devant une personne n'ayant pas une silhouette correspondant à son état-civil : on se sent soi-même remis en cause.

N'est-on pas en train de médicaliser un problème qui n'est pas médical? On déclare que telle personne est un homme ou une femme car à sa naissance on a constaté qu'il avait des organes sexuels caractérisant, dans notre société, un homme ou une femme. Or, on s'aperçoit que ce n'est pas toujours vrai, puisque des personnes se sentent homme ou femme en ayant des caractères sexuels opposés.

Jean-Pierre Luton

Notre devoir est de soulager certaines personnes, mais pas toutes. Peut-on admettre de ne pas donner le sexe correspondant aux organes génitaux d'un bébé

qui naît? Non. C'est seulement en prenant conscience de son corps, qu'il s'apercevra "qu'il n'est pas dans son corps". Le transsexuel veut avoir le corps de l'autre et pas seulement une reconnaissance du sexe légal de l'autre.

Les médecins se laissent trop aller à la prescription intempestive d'hormones qui ne correspondent pas au corps d'un individu. La transformation d'une personne en transsexuel secondaire, la fait entrer dans une spirale infernale. Pour dix personnes que nous explorons, il n'y a qu'un transsexuel vrai que nous transformons.

Robert Zittoun

Nous nous trouvons face à l'étrange. Au-delà de la prise en charge médico-chirurgicale du transsexualisme, nous pouvons nous demander ce que nous faisons aujourd'hui de la médecine.

La première vision est celle de la médecine normalisatrice : réparer et ramener tout le monde à une certaine norme. Il ne s'agit pas seulement de traiter une maladie ou une infirmité, mais il faut aussi essayer de participer à l'instauration de normes sociales en sachant qu'elles peuvent changer d'un moment à l'autre et qu'il pourrait y avoir un effet de mode. On passerait alors du cadre de la normalisation à l'imagination : à l'hors normes. Nous ne sommes pas très loin du clonage, d'une médecine qui se prêterait à des opérations contre-nature.

Si j'ai bien compris, le transsexualisme est un problème d'identité en rapport avec des troubles psychiatriques ou psychanalytiques. Néanmoins, les médecins et les chirurgiens se prêtent à une opération de transformation contre-nature.

J'aimerais savoir si les transsexuels sont plus nombreux aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a quelques décades et si le fait de montrer que c'est possible, n'entraîne pas certains à se prêter à de telles fantaisies.

Jean-Pierre Luton

Je répète que nous ne sommes pas à l'aise devant ce syndrome et que nous utilisons le traitement actuel à regret. Je ne crois pas que l'on puisse comparer le clonage, qui crée quelque chose, au transsexualisme que l'on essaie de corriger, c'est-à-dire de réparer. Le vrai problème reste la castration.

Nous n'avons pas plus d'hommes qu'avant et je dirai que leur nombre a tendance à diminuer. En revanche, la proportion de femmes augmente, mais elle était très faible antérieurement. Nous devons également prendre en compte la libéralisation des mœurs qui entraîne une communication plus importante sur le sujet.

Robert Zittoun

Au départ, la demande émane du patient mais au bout du compte qui décide ? le médecin, le chirurgien, le psychiatre ou le magistrat ? Il n'est pas facile de changer de sexe ; il faut vraiment le vouloir. Suffit-il que quelqu'un le veuille ? Comment se déroule le processus de décision ?

Jean-Pierre Luton

C'est un groupe médico-chirurgico-psychiatrique qui étudie régulièrement, en réunion, tous les dossiers. Nous ne prenons jamais de décision individuelle.

Jean de Savigny

J'ai cru comprendre que vous ne vous engagez dans ce processus thérapeutique seulement si, à son terme, il y a un changement de sexe légal. Il faut donc bien qu'une autorité juridique participe à la décision.

Jean-Pierre Luton

Depuis l'arrêt de la Cour de justice européenne, nous avons obtenu, l'acceptation du dossier d'un patient dès que ce dernier est transformé.

Marie-Louise Briard

Quelle que soit l'équipe qui fait la transformation ?

Jean-Pierre Luton

Uniquement s'il s'agit de notre équipe.

Robert Zittoun

Je considère que le transsexualisme ne constitue pas un problème médical, même en sachant qu'il s'agit de personnes en souffrance et que la médecine a pour but de soulager toute souffrance.

S'agissant de la décision, il me semble que cela est autant un problème de société que médical. Dans un tel domaine, la société devrait, dès le début, être impliquée dans la décision. Dans d'autres domaines, tels que les problèmes d'arrêt de soins ou d'euthanasie, la société a son mot à dire et les médecins ne doivent pas être simplement prêts à répondre ou à ne pas répondre à la demande du patient. Cependant, j'ai quelques réticences à faire intervenir la société dans la décision.

Bruno Torti

Par société, vous entendez l'entourage, la famille ?

Robert Zittoun

Oui, effectivement, mais également la société au sens légal et administratif.

Jean-Pierre Luton

Nous demandons toujours l'accord de la Sécurité sociale et du Conseil de l'Ordre des médecins pour chaque cas.

Emmanuel Hirsch

Quelles sont les modalités d'acceptation ou de refus de la transformation ?

Robert Zittoun

Je prendrai comme parallèle la demande d'euthanasie. Le corps médical ne peut pas être uniquement un instrument de la demande du patient ou de la société.

Emmanuel Hirsch

Vous faites abstraction d'un sujet que nous abordons souvent à l'Espace éthique qui est l'autonomie de la personne. Je pense qu'il est bien que des médecins prennent en charge une question que la société ne peut pas prendre en compte, puisqu'elle n'a pas d'échelle pour les intégrer. Si nous ne l'intégrons pas par une médiation médico-sociale, qui dans la société serait reconnu légitime, si ce ne sont les instances législatives ?

Jean-Christophe Mino

Comment se passe, plus précisément, le processus de décision au cours des deux années précédant la transformation ?

Vous avez parlé de facteurs biologiques et psychologiques qui peuvent intervenir dans l'identité sexuelle mais vous n'avez pas abordé les facteurs sociaux et, en particulier, la distinction entre le sexe et le genre.

Jean-Pierre Luton

La réflexion est faite en commission. L'endocrinologue peut émettre des avis défavorables pour des raisons organiques. Le travail du psychiatre, pendant deux,

trois, voire quatre ans, emporte la conviction. La commission se compose de trois psychiatres, deux psychologues, deux endocrinologues et deux chirurgiens.

Une étude est actuellement en cours à l'hôpital Sainte-Anne sur le profil des transsexuels avant, pendant et après traitement hormonal.

Jean de Savigny

Le problème n'est peut-être pas tellement celui du suicide des personnes que vous traitez. Il concerne plutôt le devenir des 90 % que vous refusez.

Jean-Pierre Luton

En général, on les perd de vue. Les irréductibles nous menacent : nous recevons parfois des lettres incendiaires. Récemment, un homme nous a menacés en assurant qu'il était prêt à aller en prison s'il passait à l'acte. Cela nous laisse un peu indifférent. Pour les autres, je ne sais pas. Ce ne sont probablement pas de vrais transsexuels, mais des personnes présentant des troubles de l'identité, des homosexuels, des travestis, des pervers et ils ont compris que l'obtention de notre accord pour un tel acte, ne peut être conditionné par l'influence de l'entourage.

Emmanuel Hirsch

Vos convictions personnelles et intimes infèrent dans vos décisions. Comme médecin, vous disposez pour références des valeurs morales et déontologiques. Vous évoquez les difficultés d'exercice d'une responsabilité de soignant, dans un contexte infiniment délicat où il conviendrait de répondre à une demande qui n'est pas toujours compréhensible, voire qui peut vous apparaître en contradiction avec votre mission. Cela peut, du reste, susciter des problèmes au sein de l'institution.

Jean-Pierre Luton

Dans mon service, ne participent que ceux qui sont tout à fait d'accord. Je n'exige jamais d'une infirmière ou d'un médecin qu'il s'occupe d'un transsexuel s'il ne le veut pas.

La prise en charge des transsexuels s'est passée progressivement dans le service : l'équipe n'a pas été implantée du jour au lendemain. C'est peut-être une des raisons pour laquelle je n'ai pas éprouvé de difficultés. J'en parle avec l'ensemble du personnel de mon service.

Nous sommes seulement deux médecins à nous occuper de transsexuels. Les autres ne le font probablement pas car cela les ennue. Certains ne le souhaitent peut-être pas, pour des raisons de morale.

Préserver une dignité du soin

Michel Baur

Qu'il s'agisse d'un homme, d'une femme ou d'une personne dont on ne connaît pas l'identité, il me semble que le premier problème reste celui de la dignité et du respect de l'individu.

Le hasard a fait que je commence ma carrière à l'hôpital Saint-Louis où j'ai connu les premiers patients suivis. J'ai pu constater l'extrême désolation générée par l'accueil, le regard porté sur eux par le personnel hospitalier et la dérision envahissante. Sur un plan éthique, la collectivité hospitalière présente un manque de dignité qui me choque profondément. Je ne suis pas sûr que l'on ait fait les progrès nécessaires.

Jean-Pierre Luton

Tout ceci est une question d'éducation du service. Les patients sont toujours en chambre individuelle. Nous apprenons à une nouvelle infirmière qu'il faut appeler le transsexuel en fonction de sa propre présentation : s'il se présente comme une femme, l'appeler madame, et monsieur s'il a une apparence masculine. J'ai franchi ce pas, il y a quelques années, car nous manquions de dignité vis-à-vis de ces personnes qui, du reste, dans bien des cas étaient conduites à se prostituer.

Michel Baur

Je ne parlais pas du service de soins, mais de l'hôpital lui-même. Ce manque de dignité dépasse le cadre des transsexuels : d'autres personnes, qui traversent des crises identitaires, sont accueillies dans les services de vénéréologie en provoquant, le plus souvent, le sourire à l'annonce de leur prénom.

Quel est l'intérêt de dire que vous soignez des transsexuels, uniquement des transsexuels, et que vous ne vous occupez pas des pervers ? Ces personnes se trouvent également dans des situations aussi difficiles. Il est également nécessaire d'aborder l'aspect sociologique du problème. Les patients suivis par Jean-Pierre Luton et Pierre Banzet ne sont que la partie apparente de l'iceberg : beaucoup d'autres n'accèdent pas aux soins et vivent dans des conditions misérables.

Je trouve également que le mot transsexuel est, en soi, une provocation. On pourrait parler de crise identitaire, par exemple. Cela me fait penser à l'insémination : on parlait initialement de banque du sperme qui est extrêmement provocateur et maintenant on parle de CECOS. Le mot transsexualisme n'est pas un terme neutre et son emploi dénote déjà une prise de position.

Je ne suis pas d'accord avec Robert Zittoun lorsqu'il dit que le traitement du transsexualisme est contre-nature : la médecine est, par définition, contre-nature. Je crois plutôt que la société doit s'interroger par rapport à l'avenir.

On touche également au mythe de la reproduction. J'aurais tendance à défendre, par opposition, cette approche car on vit sur le mythe de l'étalon. Il faut relier cette question au fait que des individus dénaturés, sur un plan philosophique, ne sont pas compatibles avec la reproduction car ils ne sont pas "sains". On rencontre cette forme de mépris avec la sexualité des tétraplégiques et des personnes âgées.

Sur le plan juridique, la difficulté tient à la formulation de la définition de l'identité par rapport au corps, alors que nous nous trouvons dans un système de droit qui repose sur l'esprit.

Compte tenu de tout ce que nous soulevons, comment pouvez-vous exercer votre responsabilité ? Je n'admire pas tant les traitements, que les garanties morales que vous donnez et l'on voit bien que vous prenez des précautions quand vous dites que vous ne soignez pas les pervers : vous anticipez les reproches. Quelles structures allez-vous mettre en place pour répondre à ces questions ?

Didier Sicard

Je souhaiterais que nous remplacions le malaise que nous éprouvons, par une sorte d'adaptation à la différence. J'accueille dans mon service des "faux transsexuels" atteints de maladies infectieuses. Je me suis trouvé ainsi face à des limites, et j'ai fini par connaître l'itinéraire de ces patients confrontés aux conséquences d'un acte de transgression.

J'ai passé mon temps à tout faire pour que les équipes soignantes apprennent, même si ce sont des pervers ou des prostitué(e)s, à ne pas porter de jugement. Nous avons constaté que, après un certain temps, cela ne posait plus aucun problème et que la médecine relevait plus d'une médecine de la relation que d'une médecine du corps. Si nous n'élaborons pas de lignes directrices, nous rentrons dans des situations d'une extrême confusion : il faut accepter que ces situations soient celles de malades en souffrance.

Je m'interroge sur notre responsabilité et le jugement que nous pouvons porter sur l'utilisation du corps : que peut dire le médecin de la prostitution ? Le regard du médecin ne doit pas être celui de la société.

La médecine peut apporter son aide dans la prise en compte de l'autre et nous avons besoin de services qui nous offrent une sorte de repère fondé sur une rigueur clinique, psychiatrique et chirurgicale.

Marie-Louise Briard

J'ai eu l'occasion de rencontrer, il y a une dizaine d'années, des personnes qui se disaient transsexuelles. Ces patients avaient souvent commencé leur transformation dans de mauvaises conditions, après un passage à l'étranger, notamment en Afrique du Nord. De retour en France, ils rencontraient des problèmes relatifs au changement d'état-civil. Les demandes qui m'étaient adressées, concernaient la recherche d'une éventuelle justification entre le sexe chromosomique et le sexe "psychologique".

Qu'il s'agisse de garçons présentant un "testicule féminisant" - plus précisément une insensibilité à la testostérone - ou de filles très virilisées souffrant d'une hyperplasie congénitale des surrénales, on ne retrouve pas ces problèmes d'identité sexuelle, alors qu'il existe une discordance entre le sexe chromosomique et le phénotypique.

Je pense que le transsexualisme est tout à fait particulier et il faut s'occuper de ces personnes dans de bonnes conditions, tout en restant vigilant quant à la façon dont elles seront accompagnées. En définitive, qui s'arroge le droit de dire d'une personne qui a un sexe chromosomique et un phénotype masculin qu'elle est une femme? la société, le demandeur ou le médecin?

Jean-Pierre Luton

Au cours de la différenciation sexuelle, d'autres molécules que les hormones sexuelles peuvent intervenir sur le cerveau; il y a de très nombreux peptides qui nous sont inconnus. Il est possible que cela se passe avant la différenciation sexuelle.

Nous prenons d'énormes risques, dans le cadre de la prise en charge des transsexuels. C'est pour cette raison que nous voudrions que le Conseil de l'Ordre prescrive des impératifs très stricts aux médecins afin de ne pas s'engager dans des traitements intempestifs. D'autre part, nous souhaitons que soient mises en place des commissions rassemblant des médecins et des juristes, voire des représentants de la société civile.

Emmanuel Hirsch

Notre rencontre restitue parfaitement la difficulté des situations exposées. Il est important que des professionnels interrogent leurs pratiques, tout particulièrement lorsqu'elles les engagent, à certains égards, aux limites du strictement thérapeutique.

Face à une demande, et d'autant plus lorsqu'elle exprime une souffrance humaine profonde et complexe, la fonction médicale est toujours interpellée. Il convient, dès

lors, de la circonscrire dans un espace qui préserve la justification et la légitimité de l'intervention sollicitée.

Ce n'est pas tant le transsexualisme qui suscite nos débats, que les fondements d'une prise en compte chirurgicale qui vise, en quelque sorte, à la fois à confirmer et à régulariser irrévocablement le ressenti identitaire d'une personne.

On constate le caractère pénible et certainement traumatisant, des démarches qu'il est nécessaire d'entreprendre avant de pouvoir bénéficier du recours chirurgical. À travers les propos tenus par les chirurgiens, il est possible d'évaluer la nature des dilemmes qu'il leur faut assumer avant toute décision. Leur réponse paraît, avant toute autre considération, médicale, je veux dire soucieuse de principes et d'objectifs qui relèvent, malgré tout, de bonnes pratiques.

Pour autant, leur tourment moral est compréhensible. En fait, ils donnent le sentiment d'intervenir, à défaut de trouver une solution qui soit véritablement adéquate. Comme si leur option relevait d'une éthique du moindre mal.

Ces médecins deviennent à la fois des interlocuteurs privilégiés et les seuls à pouvoir inverser concrètement le sens d'une réalité par nature dramatique. Je comprends qu'ils tiennent à accompagner leur décision par une consultation pluridisciplinaire.

Cela étant, Jean de Savigny et Robert Zittoun ont pu, à juste droit, se demander si ces pratiques de transformation sexuelle relevaient véritablement des missions imparties au médecin. Peut-on neutraliser un acte d'une telle portée, en se contentant d'affirmer qu'il se limite à mettre en conformité l'identité psychologique et l'apparence physique de la personne ?

S'engager dans de telles réflexions, justifierait certainement qu'on interroge des notions comme celles des normes, des valeurs, de la morale, de la tolérance, mais aussi de la dignité humaine et des droits de l'homme. Je ne suis pas certain que nos principes soient à ce point déterminants pour nous permettre de tenir un discours moralisateur et prescriptif. C'est dire que, une fois encore, il revient à l'exercice médical d'assumer et d'explicitier, souvent dans la solitude, une responsabilité d'autant plus évidente qu'elle intervient dans un contexte incertain et paradoxal.

Nous gagnerons, toutefois, à confronter ce champ des pratiques médicales de l'extrême à un débat argumenté, qui prenne en considération ce que signifie véritablement le transsexualisme