



HAL
open science

Du transsexualisme à la dysphorie de genre: regroupement ou amalgame

Jean-Baptiste Marchand, Elise Pelladeau, François Pommier

► To cite this version:

Jean-Baptiste Marchand, Elise Pelladeau, François Pommier. Du transsexualisme à la dysphorie de genre: regroupement ou amalgame. *L'Évolution Psychiatrique*, 2015, 80 (2), pp.331–348. 10.1016/j.evopsy.2015.01.006 . hal-01566673

HAL Id: hal-01566673

<https://hal.parisnanterre.fr/hal-01566673v1>

Submitted on 28 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame

Jean-Baptiste Marchand¹,
Elise Pelladeau²,
François Pommier³

RESUME

Objectifs : Cet article vise à présenter et discuter l'évolution des catégorisations dont le transsexualisme a fait l'objet depuis son introduction dans les nomenclatures internationales (CIM et DSM) et présente les points de vue a-catégoriel et différentialiste de cette clinique singulière.

Méthodologie : Il a été procédé à une revue de littérature concernant les différentes définitions du transsexualisme, les remaniements de son diagnostic dans les nosographies internationales, ainsi qu'une mise en perspective des principaux travaux des auteurs ayant traité ce sujet.

Résultats : Il a été constaté que le transsexualisme a connu plusieurs modifications passant du syndrome transsexuel à part entière à l'actuelle dysphorie de genre avec ou trouble du développement des organes sexuels proposée par le DSM 5. Cette nouvelle version du diagnostic basée sur une approche a-catégorielle, élargit le précédent trouble de l'identité sexuelle du DSM IV jusqu'à en faire presque disparaître le transsexualisme.

Discussion : Ce rassemblement de tous les troubles de l'identité sexuelle en un seul et unique diagnostic est discutable. Confondu en une seule entité clinique, il est dès lors plus difficile de faire la distinction entre les différents types de troubles de l'identité sexuelle, entre les différents types de transsexualisme et de différencier le transsexualisme du proche mais distinct *transgenderism*.

Conclusion : La proposition du diagnostic de dysphorie de genre nous apparaît comme un risque d'amalgame empêchant une distinction clinique nécessaire pour la mise en place d'une prise en charge adaptée à chacun de ces troubles. Il est donc exposé l'intérêt d'une approche catégorielle du transsexualisme et des troubles de l'identité sexuelle.

Mots clés : transsexualisme, transgenderism, dysphorie de genre, DSM 5, classification, diagnostic.

¹ Maître de Conférences en Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychanalyse, Psychanalyste - Psychologue Clinicien. Membre de l'équipe Clinique de l'Acte et PsychoSexualité (CAPS), composante de l'Unité de Recherche multi-sites Recherches en Psychopathologie et Psychanalyse (RPpsy) : Nouveaux symptômes et lien social - UR 4050, Université de Poitiers.

² Maître de Conférences en Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychanalyse, Psychanalyste - Psychologue Clinicien. Membre de l'équipe Clinique de l'Acte et PsychoSexualité (CAPS), composante de l'Unité de Recherche multi-sites Recherches en Psychopathologie et Psychanalyse (RPpsy) : Nouveaux symptômes et lien social - UR 4050, Université de Poitiers.

³ Professeur des universités, Unité de Recherche CLIPSYD EA 4430, Approche Psychopathologie Psychanalytique (A2P), Ecole Doctorale 139 Connaissance, Langage, Modélisation (ED 139), Université Paris Nanterre.

ABSTRACT

Purposes: This article presents the various ways and revisions that the transsexualism has been conceptualized and categorized since its introduction in the international nomenclatures (ICD and DSM) and presents the a-categorical and differentialist viewpoints of this singular clinical subject.

Methodology: A review of the literature on the different definitions, on the diagnosis' revisions in the international nosographia and on the main works on the transsexualism was constituted.

Results: It shows that the transsexualism has been on the various ways conceptualized and categorized on various ways since its introduction from transsexual syndrome itself to the current gender dysphoria as proposed by the DSM 5. This new version based on an a-categorical approach extends the earlier gender identity disorder of the DSM IV to the extent that transsexualism almost disappears.

Discussion: Bringing together all gender identity disorders into a single diagnostic is controversial. Confused in one single clinical entity, it is more difficult to make a difference between the different types of gender identity disorders, the different subtypes of transsexualism and distinct it from the transgenderism which is not the same phenomenon.

Conclusion: The proposal to use a single diagnosis of gender dysphoria diagnostic appears to carry the risk that amalgam will prevent the clinical precision necessary to put in place an appropriate treatment regimen for each individual gender identity disorder. The interest of a categorical approach of transsexualism and gender identity disorder is exposed.

Key words : Transsexualism, transgenderism, gender dysphoria, DSM 5, classification, diagnosis.

Introduction

Bien que le phénomène soit plus ancien avec des descriptions de cas cliniques remontant au XIX^e siècle, la définition et la description du syndrome transsexuel dans la forme actuelle que nous lui connaissons, viennent de fêter leur soixantième anniversaire. En effet, en 1953, à la suite de la première Transformation Hormonale et Chirurgicale (THC)⁴ considérée comme réussie de George devenu Christine Jorgensen rendue publique en décembre 1952 [1], l'endocrinologue/sexologue américain H. Benjamin [2] utilise pour la première fois officiellement le terme de transsexualisme. Pour lui, « *Les vrais transsexuels ont le sentiment qu'ils appartiennent à l'autre sexe, ils veulent être et fonctionner en tant que membres du sexe opposé, et pas seulement apparaître comme tels. Pour eux leurs organes sexuels, primaires (testicules) aussi bien que secondaires (pénis et autres), sont de dégoûtantes difformités devant être changées grâce au bistouri du chirurgien [...] C'est seulement à cause des récentes et grandes avancées de l'endocrinologie et des techniques chirurgicales que le tableau a changé.* » [3]

On peut ici souligner la simplicité et la clarté de cette définition dont les trois éléments majeurs sont le désir d'appartenir à l'autre sexe, le rejet de son propre corps anatomiquement sexué et le souhait de modifier ce corps par le recours à la THC pour le rendre conforme à l'identité sexuelle⁵ revendiquée. Nous pouvons aussi remarquer qu'ici la demande de traitement par THC est intégrée aux critères diagnostics tel un signe, ce qui reste un point délicat voire litigieux. Au cours des années, ce diagnostic a connu plusieurs remaniements avec diverses conceptualisations et catégorisations mais aussi déclinaisons passant ainsi du transsexualisme en tant que syndrome à part entière à l'actuelle plus large dysphorie de genre du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^{ème} version (DSM 5)⁶ [4] qui réintègre notamment les patients souffrant d'ambiguïté des organes génitaux à la naissance exclus de la précédente version (DSM IV). Or, force est de constater que ces différences et plus ou moins discrètes modifications amènent un nouveau regard sur ce syndrome. Se voulant a-catégoriel, le nouveau diagnostic de dysphorie de genre élargit le précédent trouble

⁴ L'abréviation THC sera utilisée dans la suite de ce texte pour désigner la Transformation Hormonale et chirurgicale.

⁵ Se basant sur l'actuelle traduction française du DSMIV-TR, *gender identity* est ici traduit par « identité sexuelle » en référence au trouble de l'identité sexuelle.

⁶ L'abréviation DSM sera utilisée dans la suite du texte pour désigner le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

de l'identité sexuelle du DSM IV [5]. Ce regroupement de tous les troubles de l'identité sexuelle en une seule entité est discutable, surtout lorsque l'on sait qu'aujourd'hui la clinique du trouble de l'identité sexuelle a tendance à se diversifier notamment avec l'apparition plus récente des patients transgenres proches mais bel et bien différents de ceux transsexuels (voir partie consacrée ci-dessous). En cela, la proposition du diagnostic de dysphorie de genre nous apparaît comme un risque d'amalgame (voire de confusion) des divers troubles de l'identité sexuelle empêchant une distinction clinique nécessaire à la mise en place d'une prise en charge adaptée pour chacun d'eux. Ainsi, tant d'un point de vue descriptif que pour pouvoir exposer la complexité que représente le transsexualisme, nous allons ici reprendre les diverses conceptions et catégorisations dont il a fait l'objet dans les nomenclatures internationales que sont la Classification Internationale des Maladies (CIM)⁷ et le DSM - depuis son introduction jusqu'au diagnostic actuel - tout en soulignant le contexte qui a influencé la conception de ce dernier. Enfin, nous exposerons un point de vue catégoriel et différentialiste de ce syndrome, de ses sous-types, et du *transgenderism* pour exposer la pertinence et l'intérêt d'une approche dans la clinique du trouble de l'identité sexuelle.

1. Définition du transsexualisme

Etymologiquement, le terme transsexualisme est composé du préfixe « trans » signifiant « au-delà » en latin et du suffixe « sexe » de la racine *secare*, coupure en latin. Le transsexualisme renverrait alors à une traversée comme au-delà du sexué, de l'autre côté de cette frontière infranchissable qu'est la différence des sexes, pour vivre au-delà de son sexe anatomique. Comme précisé ci-dessus, le terme apparaît officiellement avec H. Benjamin [2] en 1953. Par cela, à cette époque des années 50, le transsexualisme se dégage et se distingue clairement de l'homosexualité et du transvestisme. En France, en 1956, le terme apparaît dans la thèse de médecine du psychiatre J.-M. Alby [6] qui définit le transsexualisme comme concernant des sujets normalement constitués, plus souvent des hommes que des femmes, ayant le sentiment d'appartenir au sexe opposé et qui demandent une transformation morphologique par le recours à la chirurgie plastique et l'administration d'hormones pour corriger ce qu'ils considèrent comme une « erreur de la nature ». Plus tard, dans les années 60, un rapprochement du transsexualisme et des travaux sur le genre chez les patients intersexués

⁷ L'abréviation CIM sera utilisée dans la suite du texte pour désigner la Classification Internationale des Maladies.

s'opère par le rapprochement de H. Benjamin et de l'équipe du *John Hopkins Hospital* de J. Money qui propose d'appliquer les chirurgies pratiquées sur les patients intersexués aux patients transsexuels. Ceci officialise en quelque sorte le parallèle entre le paradigme intersexué et le paradigme transsexuel. Parallèle qui pourtant existait déjà depuis les premiers travaux médicaux sur la sexuation comme le montre de manière très détaillée et documentée la Chronologie et bibliographie du transsexualisme et des pathologie de l'identité sexuelle de P.-H. Castel [7]. Comme l'expose très justement Castel, au sein de l'équipe du *John Hopkins Hospital* de J. Money, le transsexualisme devient l'expérimentation active de l'expérience naturelle qu'est le phénotype intersexué humain. De même, bien que H. Benjamin et J. Money aient des positions opposées concernant le déterminisme de l'identité de genre - le premier cherchant une origine endocrinologique alors que le second défendait l'importance de l'éducation et du psychosocial (sans délaisser totalement l'organogénèse pour autant) - cette collaboration amène à une nouvelle réflexion sur le transsexualisme fondée selon le concept de genre que J. Money avait mis au jour à partir de son expérience des patients intersexués. Sous l'influence des travaux de J. Money, les deux paradigmes de l'identité sexuelle que sont le transsexualisme et l'intersexuation chez l'humain deviennent donc paradigmes de l'identité de genre. Plus tard, en 1968, le psychiatre, psychanalyste américain Stoller [8] propose une définition réduite du transsexualisme en tant que conviction inébranlable d'un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe. Plus récemment, dans son dictionnaire de psychopathologie, Postel ([9], p. 439) précise que ce syndrome ne semble pas pouvoir être associé à une pathologie mentale manifeste (telle la schizophrénie) ce qui fut un critère d'exclusion retenu jusqu'au DSM-IV [5], argument que R. Green ([10], p. 106) collaborateur intermédiaire entre J. Money et H. Benjamin, pousse encore plus loin en affirmant dans sa définition du transsexualisme que celui-ci n'est pas le produit d'un trouble mental significatif. Enfin, Postel [9] ajoute à sa définition l'intérêt de distinguer le transsexualisme masculin vers féminin et de son versant féminin vers masculin car différents l'un de l'autre ce qui permet de souligner le caractère pluriel du syndrome transsexuel. Il nous paraît également important de citer la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁸ que l'on peut actuellement trouver dans la CIM-10 ([11], p. 390). Selon celle-ci, le transsexualisme serait « *le désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir*

⁸ L'abréviation OMS sera utilisée dans la suite du texte pour désigner l'Organisation Mondiale de la Santé.

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 ».

De toutes ces définitions, il convient de faire un tri pour souligner les points communs et ajouter les éléments pertinents supplémentaires. Nous pouvons d'abord retenir la forte croyance et l'importante conviction que les sujets transsexuels expriment quant au sexe revendiqué. Soulignons également le rejet par le patient de son sexe anatomique, de son corps sexué en général. A propos de ces deux premiers signes, les patients parlent d'une « erreur de la nature » et expriment une demande de modification de leur apparence corporelle par la THC en vue d'une réassignation sexuelle. Enfin, nous retiendrons qu'il y a un transsexualisme masculin vers féminin et un transsexualisme féminin vers masculin, les deux n'étant pas identiques tant concernant leur fréquence, leur traitement par THC et peut-être même quant à leurs étiologies (voir ci-dessous partie consacrée).

2. Le diagnostic de transsexualisme dans les classifications internationales

2. 1. Le transsexualisme dans la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé

Bien que le syndrome fut identifié dans les années 50, le transsexualisme n'apparaît pourtant pour la première fois, dans la CIM qu'en 1977, dans sa neuvième version (CIM-9) [12], dans son chapitre consacré aux troubles mentaux. En 1993, la CIM-10 [11] propose un modèle catégoriel et distingue alors cinq troubles de l'identité sexuelle : 1) le transsexualisme, 2) le transvestisme bivalent, 3) le trouble de l'identité sexuelle de l'enfance, 4) les autres troubles de l'identité sexuelle et 5) le trouble de l'identité sexuelle, sans précision. Le transsexualisme est donc ici clairement identifié et distingué du trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant dont le pronostic à l'âge adulte n'aboutit que rarement au transsexualisme, du travestissement sans recherche d'excitation sexuelle, ainsi que des patients intersexués souffrant d'ambiguïtés des organes génitaux auxquels se rapportent les deux derniers diagnostics 4) et 5). Le transsexualisme est défini selon trois critères : le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé (avec le souhait de rendre son corps en harmonie avec le sexe préféré par la THC), une identité transsexuelle présente pendant au moins deux ans, et l'exclusion d'un autre trouble mental ou d'une anomalie chromosomique comme origine du

syndrome (Tableau 1). Par ailleurs, du point de vue différentiel, l'OMS souligne la nécessité de faire la distinction entre le transsexualisme et le transvestisme bivalent qui pour sa part comporte trois critères dont l'un exclut le transsexualisme : « *absence de désir de changement définitif pour le sexe opposé* » (Tableau 2).

2. 2. Le transsexualisme dans le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders de l'American Psychiatric Association

2. 2. 1. DSM III et DSM III-R : Introduction du diagnostic et contexte politique

Le transsexualisme apparaît pour la première fois en 1980, dans la troisième édition du DSM [13]. De par sa dénomination, il est différencié du trouble de l'identité sexuelle de l'enfance. De plus, au niveau du contexte, il est ici important de souligner que l'introduction de ce trouble a lieu durant le débat compliqué qui a conduit au retrait de l'homosexualité de cette classification. Encore aujourd'hui, certaines associations LGBT accusent l'introduction de ce diagnostic d'être un moyen détourné de maintenir une psychiatrisation de l'homosexualité et demandent donc son retrait. Plus tard, en 1987, lors de la révision de la troisième édition du DSM [14], le diagnostic de transsexualisme est déplacé dans la catégorie des *Troubles apparaissant habituellement dès la première enfance et la deuxième enfance, ou à l'adolescence*, aux côtés du trouble de l'identité sexuelle de l'enfance, et s'éloigne donc de la connotation sexuelle au sens érotique du terme. Ici aussi, nous retrouvons un modèle catégoriel du trouble de l'identité sexuelle avec : 1) le trouble de l'identité sexuelle de l'enfance, 2) le transsexualisme, 3) le trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence ou de l'âge adulte de type non transsexuel et 4) trouble de l'identité sexuelle non spécifié.

2. 2. 2. Dans les DSM IV et DSM IV-TR

En 1994, dans le DSM IV [5] puis dans le DSM IV-TR [15], le terme de transsexualisme disparaît du manuel et est intégré au trouble de l'identité sexuelle qui reste catégoriel mais se restreint, s'unifie, devenant une seule entité. Les quatre diagnostics précédents sont réduits et regroupés en un seul et unique trouble de l'identité sexuelle avec : 1) trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant, 2) trouble de l'identité sexuelle chez les adultes ou les adolescents (ex-transsexualisme) et 3) le trouble de l'identité sexuelle non spécifié qui pour sa part, est conservé pour être appliqué aux affections intersexuelles accompagnées d'une dysphorie de l'identité sexuelle, ainsi qu'aux comportements de travestissement transitoires liés au stress,

ou encore aux préoccupations persistantes pour la castration ou l'ablation du pénis en l'absence de désir d'acquérir les caractéristiques sexuelles de l'autre sexe. Dans les DSM IV [5] et DSM IV-TR [15], le trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents et chez les adultes comporte notamment les critères de rejet du sexe de naissance et de désir d'appartenir à l'autre sexe, ainsi qu'un critère de souffrance significative, l'exclusion des phénotypes pseudo-hermaphrodites, et une spécification concernant l'orientation sexuelle. Bien que les troubles de l'identité sexuelle sont ici regroupés, ce modèle restait donc un modèle catégoriel. La spécification à propos de l'attirance sexuelle avait une visée de recherche concernant le pronostic. Nous reviendrons sur cette précision dans la partie ci-dessous portant sur l'approche différentialiste. Par ailleurs, cette proximité entre le trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant et celui chez les adolescents et adultes est discutable lorsque l'on sait qu'il est rare que l'évolution du premier mène au second⁹. Cette proximité ne doit pas laisser penser à une continuité d'où l'intérêt d'une distinction plus affirmée. Concernant le sous-type de trouble de l'identité sexuelle non spécifié, celui-ci s'appliquant à des catégories de patients très différents, aurait mérité d'être divisé en plusieurs sous-types ce qui permettrait alors de gagner encore en précision. Les affections intersexuelles accompagnées d'une dysphorie de l'identité sexuelle, les comportements de travestissement transitoires liés au stress et les préoccupations persistantes pour la castration ou l'ablation du pénis en l'absence de désir d'acquérir les caractéristiques sexuelles de l'autre sexe mériteraient d'être chacun différenciés plutôt que regroupés. De même, ce trouble de l'identité sexuelle même non spécifié ne correspond pas au *transgenderism* et au discours des personnes transgenres qui se revendiquent ni homme, ni femme, ou appartenant à la fois à l'un et à l'autre sexe.

2. 2. 3. Dans le DSM 5 : du trouble de l'identité sexuelle à dysphorie de genre

Prise dans le débat et les revendications concernant la dépsychiatriation du transsexualisme, la révision du diagnostic du trouble de l'identité sexuelle a été difficile, sujette à controverse. Le sous-comité de révision du syndrome de l'*American Psychiatric Association*¹⁰ a tenté de prendre en considération cinq problèmes [16] dénoncés par le milieu associatif, à savoir :

⁹ Ce point sera précisé plus tard dans l'article, lorsque sera abordé le sujet de la distinction transsexuel primaire/secondaire et précocité du syndrome transsexuel.

¹⁰ L'abréviation APA sera utilisée dans la suite de ce texte pour désigner l'*American Psychiatric Association*.

- « Les similarités et différences entre les termes transsexualisme et trouble de l'identité sexuelle » que le milieu associatif refuse tous les deux,
- « L'incapacité des critères du DSM IV à rendre compte de l'ensemble du phénomène reconsidéré comme une ensemble infini de variations de genre et non plus comme une entité » en référence à la clinique des patients intersexués qui pose la question d'une multiplicité des identités sexuelles au-delà de la bi-catégorisation homme/femme,
- « Le risque potentiel d'exams invasifs non nécessaires pour exclure les conditions d'intersexuation induites par le critère C »,
- « La nécessité du critère D concernant la souffrance clinique pour le diagnostic de trouble de l'identité sexuelle alors qu'ils attribuent leur détresse à la psychiatrisation et non à leur état »,
- « Et le fait que « le diagnostic s'applique toujours après l'opération chirurgicale de réassignation qu'ils considèrent comme changeant leur condition de sorte que le diagnostic ne s'applique plus à eux ».

Pour aller dans ce sens, l'association *Gender Reform Advocates* [17] a proposé le terme de *dissonance de genre*¹¹ et a réclâmé que ce nouveau diagnostic soit défini par une détresse due à la non-conformité sociale chronique et qu'il prenne en compte les principes suivant :

- « Définir clairement la détresse comme résultant des caractéristiques sexuées physiques ou du rôle sexué associé (et non du mental) »,
- « Exclure les notions de conformité ou de non-conformité sociale sexuée, et celle de comportements et expressions normaux comme symptomatiques »,
- « Exclure de la symptomatologie ce qui résulte des préjudices ou de l'intolérance à savoir de conséquences sociétales »,
- « Exclure la référence à l'orientation sexuelle comme pathologique »¹² ,
- « Différencier ceux à qui le diagnostic de trouble mental s'applique de ceux dont ça n'est pas le cas »,
- « Différencier ceux qui ont accompli complètement le traitement, pouvant être dits en rémission et qui n'ont donc plus à porter un diagnostic psychiatrique, de ceux dont cela n'est pas le cas ».

Dans un climat difficile avec notamment une pétition demandant l'exclusion de K. Zucker directeur du groupe de travail sur les troubles sexuels et de l'identité sexuelle de l'APA, le

¹¹ Nombreux éléments de cette partie ont dû être traduits de l'anglais au français par nos soins. Pour ce faire, des traductions déjà existantes telles que celle de *gender identity disorder* par trouble de l'identité sexuelle ont été reprises du DSM IV et de sa traduction en langue française, alors que la nouvelle appellation de *gender incongruence* et de ses critères, ou le concept de « *gender variance* » ont donné lieu à une traduction personnelle tentant de respecter le point de vue de leurs auteurs.

¹² Dans le DSM IV, celle-ci n'était pas un critère mais une spécification notamment pour la recherche mais ce point est devenu plus compliqué quand l'orientation sexuelle est devenue un élément pouvant être pris en considération pour le pronostic.

sous-comité en charge du trouble de l'identité sexuelle dirigé par Cohen-Ketenis affilié au groupe de travail précédent de K. Zucker, pour répondre à ces cinq problèmes s'est alors trouvé confronté à deux possibilités [16] : celle de revenir au modèle du trouble de l'identité sexuelle du DSM III-R qui comportait plus de catégories dont notamment le trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence ou de l'âge adulte de type non transsexuel, soit d'adopter un modèle a-catégoriel qui pourrait rendre compte de toutes ces variétés du genre avec différents degrés de dysphories de genre et permettant notamment de discriminer les personnes pouvant être candidates à la transformation hormonale et chirurgicale de celles pour qui ce traitement ne convient pas. Préférant le modèle a-catégoriel pour sa capacité à rendre compte des différentes variétés de genre, il a donc été opté d'abandonner le terme de trouble de l'identité sexuelle pour au départ, deux diagnostics d'*incongruence de genre* [18] - chez l'enfant ou chez l'adolescent et l'adulte - puis finalement de renommer ceux-ci : *dysphorie de genre* [4]. Parmi les changements, le nom a donc été changé deux fois avec au départ le terme d'incongruence que le groupe jugeait plus pertinent pour décrire le syndrome et étant entendu qu'un grand nombre de patients ont indiqué au comité rejeter la désignation de trouble de l'identité sexuelle qui pour eux est stigmatisante¹³. De même, le terme de genre est privilégié à celui de sexe car permettant d'intégrer à ce diagnostic les patients souffrant d'anomalies d'un phénotype hermaphrodite lui-même renommé trouble du développement du sexe¹⁴ et donnant lieu à une spécification « avec ou sans », le terme sexe portant dans ce cas à confusion. Ces derniers patients autrefois exclus sont donc désormais inclus. Le comité a argumenté qu'il était fréquent que ces derniers patients présentent une dysphorie de genre et qu'ils expriment le souhait de changer de genre par rapport à celui qui leur a été assigné à la naissance. Ceci peut être confirmé par les exposés très détaillés de C. Kraus [19-20] et de Kessler [21] sur l'intersexualité, le problème de la chirurgie génitale non désirée et aux traitements non consensuels des enfants intersexués préconisés par J. Money, et sur la médicalisation et le contrôle par la médecine du sexe et du genre en général. D'autre part, concernant cette révision du diagnostic, la référence au désir de profiter des avantages sociaux et culturels liés au genre comme critère est effacée. Bien qu'il n'y ait pas de données empirique concernant un critère de durée du trouble, la durée minimum de six mois a été

¹³ Les discussions du sous-comité de l'APA en charge de la révision du trouble de l'identité sexuelle pour le DSM 5 sont disponible en ligne au moment où nous écrivons cette article, le 11 juin 2014 sur le site : http://www.ifge.org/?q=302.85_Gender_Identity_Disorder_in_Adolescents_or_Adults

¹⁴ Disorder of Sex Development communément nommé DSD.

donnée par consensus avec l'idée qu'il s'agissait de la durée minimum pour éviter les faux-positifs. Du point de vue de sa classification, l'incongruence de genre n'a finalement été placée dans aucune catégorie, tel un trouble à part, tel une condition autre pouvant nécessiter des soins cliniques ce qui fait en partie écho à la requête de dépathologisation du milieu associatif même s'il n'y a pas de dépsychiatisation. Ainsi, pour cette nouvelle conception du diagnostic de transsexualisme devenu ou englobé dans l'incongruence de genre finalement renommée dysphorie de genre chez l'adolescent et l'adulte, les critères retenus par le groupe de travail de l'APA [4] sont regroupés dans une seule entité/catégorie de dysphorie de genre qui comporte six symptômes (Tableau 4). A cela, est ajouté un critère B concernant la détresse cliniquement significative et l'éventuelle spécification « post-transformation¹⁵ » pour les patients vivant en permanence de l'identité revendiquée avec ou sans changement d'état civil, et ayant subi (ou se préparant à subir) au moins une transformation corporelle hormonale « ou » chirurgicale.

Avant même sa parution, cette proposition n'était pas exempte de reproches. Ainsi, A. Lawrence [22] apporte certaines critiques à ce qui avait été alors nommé par l'APA : l'incongruence de genre ainsi qu'à ses critères. Ainsi, cet auteur, membre de l'*International Academy of Sex Research* et personne elle-même transsexuelle MTF se décrivant comme sujette à l'autogynéphilie de R. Blanchard (dont elle est proche et dont les travaux rapprochent le transsexualisme des paraphilies plutôt que d'une problématique identitaire [23]), souligne que la conception de l'incongruence portant sur un « genre exprimé et vécu » est synonyme d'identité sexuelle. Elle argumente donc tout d'abord que le terme d'incongruence de genre retenu dans un premier temps par le sous-comité de l'APA, n'était qu'un euphémisme qui avait le défaut premièrement d'être incorrect mais aussi d'être vague et imprécis. En effet, premièrement, A. Lawrence a tenu à pointer que cette incongruence ne portait non pas sur le genre mais sur l'identité sexuelle et le sexe biologique puisqu'à la naissance, c'est le sexe qui est pris en compte selon la morphologie des organes génitaux externes qui donne lieu à une assignation, et non le genre. Ainsi, selon ce point de vue, le genre par rapport au sexe assigné, ne serait pas incongru mais dysphorique, et en cela, cet auteur a proposé l'appellation de *trouble dysphorique de genre* plutôt qu'incongruence entre genre assigné et genre vécu. D'autre part, A. Lawrence a fait remarquer que le diagnostic d'incongruence de genre était le seul diagnostic majeur ne comprenant pas de critère de

¹⁵ Traduction par nos soins de *posttransition*.

souffrance/inconfort. En effet, bien que le diagnostic finalement publié comporte un critère B, le groupe de travail de l'APA¹⁶ a pensé qu'il fallait pouvoir diagnostiquer une variation de genre chez des patients ne présentant ni détresse, ni inconfort quant à celle-ci, idée qu'il a conservé dans le texte descriptif du syndrome. Ainsi, comme le fait remarquer A. Lawrence, en théorie, cela reviendrait à ce que des patients présentent une forte identification à l'autre sexe, racontent avoir des sensations et réactions typiques de l'autre sexe mais ne soient pas dérangés par le fait de vivre en tant que membre de leur sexe de naissance assigné et ne désirent pas de THC. Or, comme elle le fait remarquer, l'éventuelle existence d'un tel diagnostic sans souffrance peut être questionnée. Tout d'abord, son intérêt reste discutable entre l'avantage de rendre possible un accès à des actes médicaux mais aussi l'inconvénient de poser un diagnostic sur des personnes qui ne souffrent pas. Deuxièmement, d'un point de vue sémantique, le lien entre cette hypothétique absence de critère de souffrance et une incongruence ne va pas de soi. L'absence d'inconfort peut être comprise comme absence d'incongruence. Ainsi, pour A. Lawrence, un diagnostic d'incongruence de genre sans souffrance est un non sens, n'est nullement nécessaire, voire n'existerait pas. Par ailleurs, il faut souligner la position différentialiste de cet auteur critique. A. Lawrence s'oppose à l'inclusion des troubles du développement du sexe dans celui d'incongruence de genre. Elle demande à ce que soit conservée le diagnostic de trouble de l'identité sexuelle non spécifié du DSM IV pour les patients ne s'identifiant ni à un sexe, ni à un autre, argumentant que pour chacun d'eux. Pour elle, bien qu'il s'agisse de variations de genre, il ne faut pas omettre qu'il s'agit de trajectoires différentes d'où l'exclusion des intersexués et la présence d'une sous-type de trouble l'identité sexuelle non spécifié dans les éditions précédentes du DSM. Enfin, cet auteur dénonce que le retrait du diagnostic une fois la THC terminée tel que cela était envisagé et est encore demandé par le milieu associatif, plus qu'un faux bénéfice, serait en fait préjudiciable aux patients du point de vue de la continuité de leur traitement. En effet, parallèlement au problème de confidentialité des antécédents médicaux et au réel problème de la stigmatisation, dans le cas de besoins de soins ultérieurs, il est important pour plusieurs raisons médicales et pour l'assurance maladie que ce diagnostic ne soit pas enlevé - notamment concernant les dépistages de maladies du sexe d'origine, mais aussi parce que selon elle, il est fréquent que la dysphorie persiste après la THC et que les patients aient dès

¹⁶ Se référer aux discussions du sous-comité de l'APA en ligne, le 11 juin 2014 sur le site : http://www.ifge.org/?q=302.85_Gender_Identity_Disorder_in_Adolescents_or_Adults

lors besoin de soins complémentaires ou d'une psychothérapie parfois sur du court-terme mais parfois pendant des années. Elle propose donc que le diagnostic ne soit pas enlevé à l'issue de la THC mais de spécifier si le patient est en rémission partielle, complète, ou encore de ce diagnostic dans les antécédents. Avec les changements de l'incongruence pour la dysphorie de genre, ce point sera en partie accepté avec l'ajout d'une spécification post-transformation possible, ce qui n'était pas compatible avec la première conception d'incongruence de genre puisqu'à l'issue de la THC, cette incongruence n'avait plus lieu d'être, le genre nouvellement assigné correspondant alors au genre revendiqué.

3. Modèle catégoriel et une approche différentialiste : un transsexualisme et des troubles de l'identité sexuelle

Il apparaît ainsi que le transsexualisme est une entité précise appartenant aux troubles de l'identité sexuelle, aujourd'hui englobée dans la dysphorie de genre. Or, ce problème est d'autant plus important que le transsexualisme comporte ces propres sous-types devant être distingués. Malgré leurs points communs, les patients TMF et TFM diffèrent l'un de l'autre. De même, une distinction entre un transsexualisme primaire et un secondaire est admise et reconnue même si elle doit aujourd'hui être relativisée et surtout ne pas être confondue avec ce qui a été nommé le transsexualisme « vrai » et un « faux transsexualisme ». Toutes ces sous-catégories comportent intrinsèquement des spécificités qu'il nous semble important de connaître alors qu'elles se noient dans la dysphorie de genre du DSM 5 risquant par là de nous faire perdre des aspects cliniques essentiels influant sur la prise en charge de cette population de patients (à ce sujet, voir notamment les éléments de pronostic positif et les facteurs de risque quant à une prise en charge par THC, exposés par A. Michel et al. [24]).

3. 1. Les transsexualisme masculin vers féminin et transsexualisme féminin vers masculin

Hormis, le fait que les patients FTM restent moins nombreux que ceux MTF¹⁷, une différence majeure en ces deux formes de transsexualisme est leur THC. En effet, le résultat et les risques de la THC pour les FTM ne sont pas équivalents à ceux des MTF. Ainsi, l'insertion sociale des patients FTM est rapportée comme meilleure et plus aisée [25]. Par ailleurs, concernant les opérations chirurgicales, l'hystérectomie et la mastectomie sont des opérations

¹⁷ Selon le DSM IV-TR, le sex ratio est moyenne de 3 transsexuels homme vers femme pour 1 femme vers homme avec une prévalence moyenne de 1/30 000 hommes (vers femme) et de 1/100 000 femmes (vers hommes, hormis dans quelques rares pays où le sex ratio s'inverse.

régulièrement pratiquées chez d'autres patientes et le résultats est donc en grande majorité de bonne qualité. Par contre, la construction chirurgicale d'un néopénis reste plus compliquée que celle d'un néovagin. Malgré les progrès actuels, la phalloplastie est encore actuellement une opération rare que peu de chirurgiens pratiquent et dont les risques sont importants et les résultats incertains. Le néopénis n'est pas toujours érectile. Le choix de la mise en place d'une prothèse à l'intérieur de l'organe artificiel augmente le risque de rejet, et les problèmes de la fonction urinaire sont courants. Dès lors, chaque décision doit être mûrement réfléchi. Une autre intervention possible au niveau des organes génitaux consiste à augmenter la taille du clitoris par injection d'hormones dans le but qu'il prenne l'aspect d'un petit pénis. Cependant, cette intervention bien que beaucoup moins risquée, peut ne pas convenir aux désirs de certains patients FTM. Le clitoris peut ici ressembler à un pénis mais il reste de petite taille et n'a aucune fonction érectile. Ainsi, si elle peut convenir à certains patients, elle laisse à d'autres une certaine insatisfaction voire une frustration. Or, ce point concernant la chirurgie génitale aboutit finalement à une différence importante entre les THC des patients MTF et FTM. Chez ces derniers, il n'y a en quelque sorte, pas de parcours de soins « typique », leur parcours est moins balisé, et multiple. Certains patients FTM s'arrêtent à l'hystérectomie et à la mastectomie, d'autres s'orientent vers un allongement du clitoris et d'autres encore font le choix d'une phalloplastie. Leur parcours de soins n'a pas une finalité aussi bien définie que celui des patients MTF et certains patients FTM se retrouvent dans une position de transformation partielle proche de celle des patients transgenres (voir ci-dessous partie consacrée). C'est alors le discours du patient qui permet de faire la distinction entre les patients FTM qui se disent des hommes malgré leur transformation partielle et les transgenres qui se disent en-dehors des catégories homme-femme.

3. 2. Les transsexualisme primaire et transsexualisme secondaire

Au départ, cette distinction ne s'appliquait qu'aux patients TMF. Elle dérive de ce que Stoller [8] nommait le « transsexualisme vrai » qui succinctement, concernait les patients dont la problématique transsexuelle serait très précoce et apparaîtrait dans une dynamique familiale induisant une féminisation de l'identité du petit garçon. L'emploi du mot « vrai » ne convenait pas puisqu'il laissait supposer qu'une problématique s'exprimant plus tardivement correspondrait à un faux transsexualisme. Pour cette raison, Stoller [26] a finalement opté pour la distinction entre transsexualismes primaire et secondaire (qui pour ce dernier, se

décline en secondaire homosexuel et secondaire transvesti) proposée par Person et Ovesey [27-28]. Celle-ci tout en faisant écho à l'opposition entre précoce et tardif n'y mêlait pas une idée de véracité. Le transsexualisme primaire apparaîtrait donc très tôt, dès l'enfance et de façon intense. La conviction serait forte et permanente, et le patient rejeterait son sexe anatomique sans aucune concession. Pour ce qui est des deux transsexualismes secondaires, ceux-ci renvoient à une première période de transvestisme ou de position homosexuelle précédant le transsexualisme à proprement parler. En ce sens, la distinction entre transsexualismes primaire et secondaire est devenue synonyme de transsexualisme précoce allant avec la THC vers l'hétérosexualité et de transsexualisme secondaire réactionnel à l'homosexualité ou à l'amour de l'image de soi en femme ce que R. Blanchard appellera l'autogynéphilie. Dans la pratique clinique, cette distinction pose problème. Tout d'abord, elle mélange plusieurs éléments difficiles à apprécier qui méritent au contraire d'être bien observés indépendamment les uns des autres : l'intensité de la problématique transsexuelle, sa précocité, et l'orientation sexuelle. En effet, ils sont plus nuancés et moins tranchés que ne le laisse penser ce découpage mais d'autre part, concernant la précocité du trouble, comme l'expose Chiland [32], il est important de rappeler que les études catamnestiques d'enfants présentant un troubles de l'identité sexuelle montrent que ces derniers évolueraient en majorité en majorité vers l'homosexualité ou la bisexualité (environ 75%) alors que seulement une minorité de 2-3% deviendraient transsexuels à l'âge adulte. Ainsi, il n'y aurait donc pas de lien direct entre le trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant et le transsexualisme. Comme Chiland [29] le conclut les « *transsexuels à la Stoller* » (primaires) sont très rares. Ni pour Chiland, ni pour nous-mêmes, il ne s'agit de remettre en question la précocité du thème transsexuel que les patients racontent fréquemment mais juste de préciser qu'il ne faut pas omettre que ce récit sur l'histoire infantile personnelle est potentiellement différent du trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant, distinction nécessaire pour ne pas laisser penser que le trouble chez l'adulte serait le devenir de celui de l'enfant. D'autre part, le problème concernant la précocité du transsexualisme ainsi que l'orientation homosexuelle avant THC, est que celles-ci sont parfois utilisées comme facteur de bon pronostic post-THC et sont alors utilisées comme indicateur déterminant pour la prescription ou non d'une THC. Comme le dénonce Chiland [29], certains médecins défendent de manière plus ou moins stricte cette distinction entre transsexualismes primaire et secondaire. Pour eux, il conviendrait de ne prescrire la THC qu'aux patients transsexuels primaires c'est-à-dire précoces et homosexuels

avant la THC. Or, la réalité clinique est plus complexe que ces descriptions. Ces deux éléments sont des facteurs de bon pronostic mais ce ne sont pas les seuls et plutôt que des indicateurs, ce sont des indices. En pratique, cette position de certains médecins selon laquelle seuls les patients transsexuels primaires devraient avoir accès à la THC, est trop rigide et restrictive notamment du fait que la description du transsexualisme primaire est en partie fautive et particulièrement rare. Elle ne rend pas compte de la réalité et de la multitude des trajectoires éligibles à la THC. Ainsi, encore une fois, en accord avec la remarque de Chiland [29], « ... l'expérience montre que les équipes qui se réclament de ce critère de transsexualisme primaire accordent en fait la réassignation hormono-chirurgicale du sexe à des patients qui ne sont pas des transsexuels primaires. »

3-3. L'entité transgenre : transgenderism

Cette dernière distinction ne concerne pas un sous-type de transsexualisme mais une distinction difficile entre les entités différentes que sont le transsexualisme et le *transgenderism*¹⁸. Le *transgenderism* est plus récent et n'est pas encore clairement identifié. Bien que quotidiennement utilisé, le terme n'a pas encore de définition admise ni à l'intérieur du milieu associatif, ni à l'intérieur de celui médical. En référence au transsexualisme comme au-delà de la sexuation, le *transgenderism* serait l'au-delà du genre psychosocial ne passant pas simplement d'un sexe à un autre mais dépassant la bi-catégorisation du sexe mâle/femelle ainsi que du genre masculin/féminin. Pour certains, il s'agit d'un terme plus précis qui devrait simplement remplacer celui de transsexualisme qui ne se rapporterait pas au sexe mais au genre. Pour d'autres, c'est une supra-catégorie qui devrait englober le transsexualisme et tous les troubles de l'identité sexuelle. Enfin, pour d'autres, il s'agit d'une nouvelle entité appartenant aux troubles de l'identité sexuelle, proche mais distincte du transsexualisme. Comme l'a très justement fait remarquer Chiland, à la différence des patients transsexuels, les personnes transgenres se disent ni hommes, ni femmes, les deux à la fois ou successivement l'un puis l'autre [30-31]. De manière plus précise mais légèrement différente, elle expose qu'« Un troisième terme occupe le devant de la scène aujourd'hui à côté de transsexualisme et transvestisme : "transgenre". Un transsexuel est un transgenre en ce qu'il veut changer

¹⁸ A notre connaissance, il n'y a pas à l'heure actuelle de traduction reconnue et admise française de ce terme. Les termes de *transgenralité* (M. L. Peretti) ou de *trangénérisme* (P.-H. Castel) apparaissent de manière encore isolée, mais nous leur préférons ceux de *transgenrisme* ou de *transgenderisme* (référence plus directe au genre au sens du *gender* anglo-saxon). Cependant, ces termes et usages restant isolés et non consensuellement admis, il est ici opté de conserver le terme anglo-saxon *transgender* sans le traduire.

*de genre social ; mais il veut en outre une "marque corporelle" de ce changement de genre qui en fasse un "changement de sexe", il demande une transformation hormono-chirurgicale. Les autres transgenres ont des demandes diverses, depuis l'accès facile aux hormones et à la chirurgie jusqu'au changement d'état civil sans stérilisation, en conservant la possibilité de procréer dans son sexe d'origine ; certains militent pour la suppression de toute mention de sexe ou de genre à l'état civil, il n'y a pour eux aucun fondement biologique à distinguer deux sexes, c'est une discrimination arbitraire, l'exercice d'un pouvoir social. » [32]. Du point de vue du milieu associatif, il est demandé à ce que les accès aux traitements hormonaux et aux opérations chirurgicales soient simplifiés et réduits à la demande du patient, ce qui a amené P. Califia psychiatre - lui-même transgenre FTM - reconnu par le milieu associatif, à écrire pour définir le *transgenderism* : « une nouvelle sorte de personne transgenre est apparue : celle qui aborde la réassignation sexuelle dans le même état d'esprit que si elle demandait un piercing ou un tatouage » [33].*

Ce problème de définition du *transgenderism* rend difficile son étude épidémiologique. Cependant, nous pouvons ici nous référer à l'étude française de Giami sur l'auto-désignation proposée par les personnes « trans » elles-mêmes en-dehors du contexte médical [34]. A l'issue de cette enquête réalisée sur un échantillon de 381 sujets, Giami obtient 200 formulations différentes à la question ouverte : « *Sur le plan de l'identité de genre, comment vous définissez-vous actuellement ?* », ce qui pointe la complexité du phénomène et le manque de consensus. A partir d'une analyse de contenu, un regroupement de ces formulations sous trois catégories a été effectué montrant que 51,70% se désignent comme « homme ou femme » (référence directe à la dichotomie des sexes), 22,57% comme « homme ou femme trans » (référence à cette dichotomie mais en y ajoutant une posture ou à un parcours trans), et 16,01% comme simplement comme « trans ou autres » de 16,01% (sans référence et en-dehors de la différence des sexes et de sa dichotomie). Concernant le recours à une opération chirurgicale de réassignation des organes génitaux, une minorité de 36,75% des participants y ont eu recours. La mise en correspondance des auto-désignations et de l'opération chirurgicale de réassignation n'est pas chose aisée mais ces résultats montrent un lien entre l'auto-désignation et l'opération chirurgicale des organes génitaux. La proportion de personnes ayant eu recours à l'opération est plus importante chez les auto-désignés « homme ou femme » (42,51%) et « homme ou femme trans » (35,16%) que chez les « trans » (14,51%).

Cependant, comme le précise Giami, il est encore nécessaire de préciser parmi ceux qui n'ont pas eu recours à cette opération, la proportion de ceux qui le souhaitent. Ainsi, bien que ces données doivent encore gagner en précision, cette enquête met en lumière qu'une proportion non négligeable des personnes demandant à « changer de sexe » au sens large ne s'inscrit pas dans la dichotomie homme/femme et n'a pas recours à une opération chirurgicale de réassignation, ceci allant dans le sens d'une distinction entre le *transgenderism* et le transsexualisme. Le sens personnel donné aux auto-désignations homme trans et femme trans reste à clarifier (par exemple en tant que posture ou parcours pour reprendre Giami [34]) comme le souhait ou non de recourir à la chirurgie. De plus, pour différencier les transsexuels FTM des transgenres FTM, il serait pertinent d'ajouter une question sur les raisons du refus de réassignation. Un refus du fait des risques et du manque de qualité des résultats actuels en matière de phalloplastie diffère de la volonté de garder ses organes génitaux de naissance.

Pour en revenir au souci de définir le *transgenderism*, bien qu'elles ne soient pas encore unanimement admises et reconnues, et avant de tenter de donner des éléments cliniques précis permettant d'identifier le *transgenderism*, nous pouvons ici citer les très récentes définitions des termes transgenre et transsexuel proposées par la *World Professional Association for Transgender Health* ([35], p. 97) ainsi que par l'APA [4]. Selon la WPATH : « **Transgenre** : adjectif pour décrire un groupe d'individus divers qui traversent ou dépassent les catégories du sexe social (genre) culturellement définies. L'identité sexuée (de genre) des personnes transgenres diffère de leur sexe assigné à la naissance à des degrés variés selon les individus. » ; « **Transsexuel** : adjectif (souvent employé par les professionnels du milieu médical) pour décrire des individus qui cherchent à changer ou ont changé leurs caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires par des interventions médicales féminisantes ou masculinisantes (hormones et/ou chirurgie), s'accompagnant habituellement d'un changement permanent de rôle sexué. » Selon l'APA, dans la partie texte de la dysphorie de genre du DSM 5 [4], nous trouvons : « **Transgenre** renvoie à un large spectre d'individus qui s'identifient de manière transitoire ou persistante à un genre différent de leur genre de naissance. » ; « **Transsexuel** indique des individus qui cherchent, ou ont subi, une transition sociale d'homme vers femme, ou de femme vers homme, qui dans la majorité des cas, mais pas toujours, implique aussi une transformation corporelle par un traitement hormonal et une chirurgie de réassignation sexuelle. » A partir de ces définitions, nous pouvons tout d'abord

remarquer que le *transgenderism* se distingue bien du transsexualisme notamment par la mise en avant du concept de genre défini comme socioculturel dans définition de la WPATH et comme rôles sexués résultant de facteurs psychosociaux, auxquels contribuent tout de même des facteurs biologiques dans le DSM 5. Comme nous l'avons exposé dans une autre parution, le genre est un concept dont la définition reste changeante et nécessite beaucoup de précaution selon les auteurs et leur approche [36]. J. Butler, figure emblématique des études de genre, rapporte elle-même son étonnement quant à la torsion du concept de genre en tant que signifiant politique, selon les institutions et groupes qui y ont recours ([37], p. 208). Il semble donc délicat de lui accorder une place centrale dans ce diagnostic et dans ces définitions. Cependant, dans les deux définitions, le genre garde une référence au social définissant et catégorisant ainsi le *transgenderism* lui aussi comme social. Ainsi, dans les deux cas, le *transgenderism* n'exclurait pas mais au contraire engloberait le transsexualisme et même la dysphorie de genre comme le propose le DSM 5 pour qui cette dernière serait la détresse qui peut accompagner l'incongruence de genre dès lors synonyme de *transgenderism*.

D'un point de vue différent, pour notre part, nous avons cliniquement pu observer de réelles différences entre le transsexualisme et le *transgenderism*, différences qui s'avèrent conformes aux résultats de l'enquête Giami [34]. Tout d'abord, les patients transgenres ne se réfèrent pas à la différence des sexes. Si nous tentons de nous référer au DSM IV [5], cette entité transgenre pourrait renvoyer au trouble de l'identité sexuelle non spécifié mais ceci reste trop vague car se limitant uniquement à l'idée qu'il s'agit d'un trouble de l'identité sexuelle qui ne correspond pas au transsexualisme. Nous référant à la CIM-10 [11], le *transgenderism* se situerait comme à la limite entre le transvestisme bivalent et le transsexualisme. En effet, ces patients se distinguent du transvestisme bivalent du fait qu'ils ont recours à des modifications corporelles par hormono-substitution ainsi qu'assez fréquemment à la chirurgie plastique. Cependant, ils se différencient aussi des patients transsexuels dans le sens que conformément à leur discours concernant leur identité sexuelle, cette transformation du corps sexué reste toujours partielle [38], les patients transgenres conservant leurs organes génitaux. En effet, au contraire, ces patients désirent les conserver puisqu'ils continuent de les investir dans leurs relations sexuelles, ce qui s'oppose catégoriquement au rejet de leur corps sexué par les patients transsexuels. Par contre, alors que la transformation peut sembler incomplète du fait que les organes génitaux sont conservés, les personnes transgenres désirent vivre et être

reconnues dans la société comme étant une personne de l'autre sexe. L'idée n'est donc pas de changer de sexe comme c'est le cas pour les patients transsexuels, mais de faire une différence entre une identité sexuelle sociale présentée et affirmée sur la scène publique et les organes génitaux qui pour leur part sont renvoyés à la sphère privée. A partir de ces remarques descriptives, il paraît plus pertinent de différencier le *transgenderism* - qui reste toutefois à identifier plus précisément - du transsexualisme en gardant à l'esprit qu'en-dehors de la similitude concernant le thème de l'identité sexuelle, ces deux entités sont distinctes. Les personnes transgenres ne demandent qu'une transformation partielle notamment visant à affirmer par leur apparence, sur la scène publique, un sexe social différent de leurs organes génitaux qu'elles continuent d'investir dans leurs relations sexuelles et leur vie privée. Or, tant du point de vue des éditions précédentes du DSM avec leurs différents types de trouble de l'identité sexuelle que du point de vue de l'actuel DSM 5 et de son unique diagnostic de dysphorie de genre, ainsi que de la CIM, le diagnostic et son différentiel n'existent pas ce qui serait pourtant pertinent pour investiguer plus en profondeur les éléments dégagés de nos observations cliniques ainsi que les données statistiques de Giami.

Discussion et conclusion

La description de la dysphorie de genre basée sur un modèle a-catégoriel, actuellement mise en place par le DSM 5 [4], nous permet de constater comment le remaniement conceptuel d'un diagnostic et sa catégorisation peuvent estomper des différences pertinentes et significatives entre les entités et petit à petit nous amener à perdre ainsi notre regard de clinicien cherchant à être au plus près du patient, de son discours et de ce qu'il a à dire de son symptôme. Ici, les différences s'estompent alors dans une seule entité clinique. De la même manière qu'au départ le transsexualisme était confondu et a eu à se différencier de l'homosexualité et du transvestisme, la dysphorie de genre comporte le risque d'un amalgame. En réalité, cette dernière éloigne le transsexualisme de ses spécificités identitaires et identificatoires qui se réfèrent à la différence des sexes que les patients mettent en avant : « *Je ne suis pas un homme, je suis une femme* » ou « *je ne suis pas une femme, je suis un homme* ». Elle fusionne les problématiques de patients dont les spécificités et aménagements psychiques ne nous semblent pas superposables : tels que les patients transvestis, les patients intersexués, ou encore les patients transgenres qui mériteraient d'être plus clairement identifiés et définis. A propos de ces derniers, nous retenons les remarques cliniques de

Chiland [30-31] et de Califia [33] qui sont celles se rapprochant le plus de notre expérience clinique du *transgenderism*. Selon nous, la prise en charge aux différentes étapes de leurs parcours de soins mais aussi de vie, de chacun de ces patients souffrant d'un trouble de l'identité sexuelle spécifique, nécessite une clinique individuelle qui rendrait compte, non seulement de ses spécificités physiques et psychologiques, mais aussi d'une reconnaissance de leur problématique personnelle. Dans la pratique, les médecins selon leur spécialité et leur opinion font la distinction entre le transsexualisme et le *transgenderism*. Les patients transsexuels dont le parcours est généralement connu, intègrent les équipes pluridisciplinaires proposant une prise en charge par THC ou font ce parcours en libéral. Pour les patients transgenres, le parcours de soins est plus complexe, moins défini et plus ou moins officieux. Certaines équipes hospitalières commencent à accepter de les prendre en charge mais certaines s'y opposent. Certains professionnels installés en libéral acceptent de les prendre en charge, d'autres non. Parfois, ces patients tentent d'intégrer les équipes pluridisciplinaires en adoptant le discours des patients transsexuels, ou alors se procurent eux-mêmes des traitements hormonaux par le marché noir ou par internet. Mais, face à la méconnaissance et au manque de consensus concernant le *transgenderism* et sa prise en charge, ces patients sont souvent confrontés au rejet. « *Je ne mets pas des seins à un homme* » a finalement dit un chirurgien plasticien à un patient transgenre MTF lui demandant une mammoplastie, afin de mettre un terme à la discussion. Le parcours de soins des patients transsexuels par THC peut potentiellement servir de base et doit certainement être révisé pour les patients transgenres mais pour cela, il est nécessaire dans un premier temps de les différencier. Pour toutes ces raisons, un modèle catégoriel des troubles de l'identité sexuelle paraît plus approprié permettant ensuite d'aller vers cette approche individuelle du patient en tant que sujet à part entière, et ce, au-delà d'une entité unique et potentiellement réductrice.

- 1 Ex-GI becomes blonde beauty : Operations transforms bronx youth. New York Daily News 1^{er} décembre 1952 ; première page.
- 2 Benjamin H. Transvestism and transsexualism. *International Journal of Sexology* 1953 ; 7 : 12-14.
- 3 Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York : Julian Press ; 1966.
- 4 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing ; 2013. p. 451-459.
- 5 American Psychiatric Association. *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (IV^{ème} édition), Paris, Masson, 1996.
- 6 Alby J.-M. *Contribution à l'étude du trans-sexualisme* [Thèse de médecine]. Paris : Faculté de Médecine de Paris ; 1956.
- 7 Castel P.-H. *La métamorphose impensable*. Paris : Gallimard ; 2003.
- 8 Stoller R. J. *Recherches sur l'identité sexuelle*. New York : Science House ; 1968. 1978.
- 9 Postel J. *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique* 1998. Paris : Larousse-Bordas ; 1998.
- 10 Green R. *Sexual Science and the Law*. Harvard University Press ; 1992.
- 11 Organisation Mondiale de la Santé. *Troubles de l'identité sexuelle*. In : *Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10^{ème} version* (CIM 10). Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 1993.
- 12 Organisation Mondiale de la Santé. *Troubles de l'identité sexuelle*. In *Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 9^{ème} version* (CIM 9). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1977.
- 13 American Psychiatric Association. *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (III^e édition). Paris : Masson ; 1980.
- 14 American Psychiatric Association. *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (III^{ème} édition Révisée). Paris : Masson ; 1987.
- 15 American Psychiatric Association. *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (IV^{ème} édition-Texte Révisé). Paris : Masson ; 2004. p. 666-674.
- 16 Cohen-Kettenis P. T. & Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior* 2010 ; 39 : 499-513.

17 Winters K. Gender dissonance : diagnostic reform of gender identity disorder for adults. In Karasic D. & Drescher J. Sexual and gender diagnoses of Diagnostic and Statistical Manual (DSM) : A reevaluation, Haworth Press Inc. ; 2005. 71-89.

18 Meyer-Bahlburg H. F. L. From mental disorder to iatrogenic hypogonadism : dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of sexual behavior* 2010 ; 39 : 461-476.

19 Kraus C. intervention au séminaire « Sexe et genre : pour un dialogue interdisciplinaire au carrefour des sciences de la vie et des sciences humaines » de l'Institut Emile de Chatelet, séance du 22 janvier 2009, « Clinique de l'intersexualité, biologie du sexe et normes de genre » (non publiée à ce jour, résumé disponible sur internet : <http://leblogducors.canalblog.com/archives/2009/01/12/12058321.html?disclaimer=ok&referer=wZ2XyZmHltjF1c2DwpiVgtaOi97bwYvC04DN3tCZl8mYjozY3Z2N3NqDjvcis/I0JzPz9qBjM3cnJHN24yH35jd0p2GwtGBxY6FyZjZ25+bh5bB>)

20 Kraus C. Études critiques du cerveau sexué. *Revue d'anthropologie des connaissances* 2013 ; 7, 3 : 693-716.

21 Kessler S. J. *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, New Jersey : Rutgers University Press; 1998.

22 Lawrence A. A. Proposed revisions to gender identity disorder diagnoses in the DSM-5. *Archives of sexual behavior* 2010 ; 39 : 1253-1260.

23 Blanchard R. The concept of autogynophilia and the typology of male gender dysphoria. *The journal of nervous and mental disease* 1989 ; 177, 10 : 616-623.

24 Gorin-Lazard A, Bonierbale M, Magaud-Vouland N, Michel A, Morange I, Perchenet AS, & Lancon C. Trouble de l'identité de genre : Quel est le rôle du psychiatre ?. *Sexologies* 2008 ; 17 : 225-237.

25 Michel A, Anseau M, Legros JJ, Pitchot W, & Mormont C. The transsexual : what about the future ?. *European Psychiatry* 2002 ; 17 : 353-62.

26 Stoller R. J. *Masculin ou féminin ?* New Haven-London : Yale University Press ; 1985. 1989.

27 Person E. & Ovesey L. The transsexual syndrome in males I. Primary transsexualism. *American journal of psychotherapy* 1974 ; 28 : 4-20.

28 Person E. & Ovesey L. The transsexual syndrome in males II. Secondary transsexualism. *American journal of psychotherapy* 1974 ; 28 : 174-193.

- 29 Chiland C. *Changer de sexe*. Paris : Odile Jacob ; 1997.
- 30 Chiland C. *Moi et l'autre de l'autre sexe*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2008. 56 ; 229-232.
- 31 Chiland C. *Some thoughts on transsexualism, transvestism, transgender and identification* In International Psychoanalytical Association. *Transvestism, transsexualism in the psychoanalytic dimension*. London : Karnac books ; 2009. P. 41-54.
- 32 Chiland C. *Les mots et les réalités*. *L'Information psychiatrique* 2011 ; 87 : 261-267.
- 33 Califia P. *Le mouvement transgenre : Changer de sexe*. Cleis : San Francisco ; 1997.
- 34 Giami A. *Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers*. *L'Information psychiatrique* 2011 ; 87 : 269-277.
- 35 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people seventh version*. 2011.
- 36 Marchand J.-B. *Différence des sexes ou distinction sexe/genre*. In Cupa D. Parat H. Chaudoye G. et al. *Le sexuel, ses différences et ses genres*. Paris : EDK ; 2012. p. 39-59.
- 37 Butler J. (2004), *La fin de la différence sexuelle* in *Undoing gender*, New York and London, Routledge, trad. franç., *Défaire le genre*, Paris, Editions Amsterdam, 2006, p. 201-231.
- 38 Gallarda T. et al. *Les demandes de changement de sexe questionnements éthiques émergeant d'une pratique clinique*. In Bourguignon O. et al. *Ethique et pratique psychologique*. Belgique Wavre : Mardaga ; 2007. P. 175-187.

Tableau 1 : Transsexualisme, CIM-10, OMS

- L'intéressé manifeste le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé, habituellement accompagné du souhait de rendre son corps le plus possible en harmonie avec le sexe préféré par la chirurgie et le traitement hormonal,
- L'identité transsexuelle a été présente de manière persistante pendant au moins deux ans,
- Le trouble n'est pas un symptôme d'un autre trouble mental ou d'une anomalie chromosomique.

Tableau 2 : Transvestisme bivalent, CIM-10, OMS

- L'intéressé porte des vêtements du sexe opposé aux fins de découvrir temporairement l'appartenance au sexe opposé,
- Il n'y a aucune motivation sexuelle au travestisme,
- L'intéressé n'a pas de désir de changement définitif pour le sexe opposé.

Tableau 3 : Trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents et les adultes, DSMIV, APA

-Critère A : Une identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe). Chez les adolescents et les adultes, la perturbation se manifeste par des symptômes tels que :

- l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe,
- l'adoption fréquente de conduites où on se fait passer pour l'autre sexe,
- un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe,
- ou la conviction qu'il (ou elle) possède les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe.

-Critère B : Un sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante. Chez les adolescents et les adultes, l'affection se manifeste par des symptômes tels que :

- vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires (par exemple, demande de traitement hormonal, demande d'intervention chirurgicale ou d'autres procédés afin de ressembler à l'autre sexe par modification de ses caractères sexuels apparents),
- ou penser que son sexe de naissance n'est pas le bon.

-Critère C : l'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite.

-Critère D : l'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

-Spécifier l'attirance sexuelle (pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle) :

- Attiré sexuellement par les hommes
- Attiré sexuellement par les femmes
- Attiré sexuellement par les deux sexes
- Attiré sexuellement ni par l'un, ni par l'autre

Tableau 4 : Dysphorie de genre, DSM 5, APA

A. Une incongruence marquée entre un genre exprimé/vécu et un genre assigné, durant une période d'au moins six mois, qui se manifeste par deux ou plus des signes suivants :

- A1. Une incongruence marquée entre un genre exprimé/vécu et les caractéristiques sexuelles primaires et secondaires (ou chez les adolescents, les caractéristiques secondaires prévues),
- A2. Un fort désir d'être débarrassé des caractéristiques sexuelles primaires et secondaires compte tenu de l'incongruence marquée avec un genre exprimé/vécu (ou chez les adolescents, un désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires prévues),
- A3. Un fort désir pour les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre genre,
- A4. Un fort désir d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné),
- A5. Un fort désir d'être traité comme l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné),
- A6. Une forte conviction d'avoir des sentiments et des réactions typiques de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné),

Sous-types à spécifier :

- Avec trouble du développement du sexe (intersexuation ou pseudo-hermaphrodisme),
- Sans trouble du développement du sexe.