



**HAL**  
open science

# Traversée vers l'autre identité sexuée: Identité sexuée, Transsexualisme, Transformation hormonale et chirurgicale, et essai d'Approche transversale du fonctionnement psychique

Jean-Baptiste Marchand

## ► To cite this version:

Jean-Baptiste Marchand. Traversée vers l'autre identité sexuée: Identité sexuée, Transsexualisme, Transformation hormonale et chirurgicale, et essai d'Approche transversale du fonctionnement psychique. Psychologie. Université Paris Nanterre, 2014. Français. NNT: . tel-03779860

**HAL Id: tel-03779860**

**<https://hal.science/tel-03779860>**

Submitted on 18 Sep 2022

**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.

UNIVERSITE PARIS OUEST-NANTERRE LA DEFENSE  
Ecole Doctorale Connaissance, Langage, Modélisation (ED 139)  
Equipe d'Accueil CLIPSYD (EA 4430)  
Approche Psychopathologie et Psychanalyse (A2P)

2014

N° National de Thèse : 2014PA10XXXX

# TRAVERSÉE VERS L'AUTRE IDENTITÉ SEXUÉE

*Identité sexuée, Transsexualisme,  
Transformation hormonale et chirurgicale,  
et essai d'Approche transversale du fonctionnement psychique*

Thèse pour l'obtention du grade de  
Docteur en Psychologie Clinique et Psychopathologie  
de l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense

présentée et soutenue publiquement par

**Jean-Baptiste MARCHAND**

le vendredi 21 novembre 2014

Thèse réalisée sous la direction de  
Monsieur le Professeur des universités François POMMIER

## MEMBRES DU JURY

- **Dominique CUPA**, Professeur de psychopathologie psychanalytique,  
Approche Psychopathologie et Psychanalyse (CLIPSYD-A2P, EA4430),  
Université Paris Ouest-Nanterre La Défense
- **Vincent ESTELLON**, Professeur de psychologie clinique et psychanalyse,  
Equipe d'Accueil Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé :  
Laboratoire Epsilon, Université Paul Valéry Montpellier III
- **Marie-Thérèse KHAIR BADAWI**, Professeur de psychologie clinique et psychanalyse,  
Université Saint Joseph, Beyrouth, Liban,  
Présidente-Fondatrice de l'ALDeP *study group* libanais de l'API et de l'EPF
- **Laurie LAUFER**, Professeur de psychopathologie psychanalytique,  
Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS),  
Université Paris Diderot
- **François POMMIER**, Professeur de psychopathologie psychanalytique,  
Directeur de l'Approche Psychopathologie et Psychanalyse (CLIPSYD-A2P, EA4430),  
Université Paris Ouest-Nanterre La Défense



*Il me tient particulièrement à cœur par ce modeste travail de rendre hommage à mon père Yves Marchand et à mon grand-père Jean José Marchand respectivement disparus en 2012 et 2011 et qui même au-delà de leur disparition resteront toujours pour moi des modèles d'homme de cœur me rappelant pour toujours la joie et la fierté d'être leur fils et petit-fils.*

*Dans cette absence, dans le manque mais aussi plein de souvenirs et d'amour ineffaçables et irremplaçables, je leur dédie cette humble recherche accompagnée de mes plus tendres pensées et sentiments.*



## Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à mon directeur de recherche, Monsieur le Professeur *François POMMIER* dont l'aide, les précieux conseils ainsi que la personnalité - depuis ses premiers cours lorsque j'étais encore étudiant en Licence, puis avec notre rencontre où il est devenu mon directeur de mémoire en Master - ont contribué à mener à bien ce modeste travail. Collaborer avec vous dans les multiples circonstances des séminaires de recherches, de travaux de publications, d'enseignements ont tout autant été formatrices, enrichissantes qu'agréables et rassurantes.

Il est de même important pour moi de remercier Madame la Professeur *Dominique Cupa*, Directrice de l'Equipe d'Accueil CLIPSYD - Approche Psychopathologie et Psychanalyse (EA 4430 - A2P), anciennement Laboratoire de psychopathologie des Atteintes Somatiques et Identitaires (LASI), pour m'avoir accueilli au sein de son laboratoire pour y effectuer cette recherche et pour m'avoir permis de profiter de son enseignement et de son engagement vis-à-vis de la psychanalyse à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense et au-delà dans le milieu psychanalytique en général dont elle est une grande représentante. A vous, *Madame Cupa et Monsieur Pommier*, c'est un honneur et un plaisir d'avoir été guidé et d'avoir pu travailler avec vous et je vous en remercie infiniment.

Je tiens à remercier Madame la Professeur *Marie-Thérèse Khair Badawi*, psychanalyste, Professeur de psychologie clinique à l'Université Saint Joseph de Beyrouth et rapporteur de thèse. Madame Khair Badawi, j'ai eu la chance et le plaisir de suivre vos enseignements et je vous fait part de toute ma gratitude de nous faire ici l'honneur de votre présence malgré le déplacement, nous apportant ainsi toutes vos connaissances sur le genre, le masculin et le féminin ainsi que celles de la psychanalyse et de la psychologie projective.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur le Professeur *Vincent Estellon*, Professeur de psychologie clinique et psychanalyse à l'Université Paul Valéry Montpellier III. Monsieur Estellon, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'être rapporteur de cette thèse. C'est un grand honneur de pouvoir profiter de vos remarques et de vos connaissances en psychanalyse, sur le sexuel et sur les états limites. Dans ce travail de recherche, vos travaux sur ces sujets ont été une grande source d'inspiration pour moi.

Enfin, il est important pour moi de remercier Madame *Laurie Laufer*, Professeur, membre du CPRMS de l'Université Paris Diderot, qui a accepté d'être la Présidente de ce jury et dont les travaux sur le genre et la mise au travail à laquelle il invite la psychanalyse sont incontournables et d'une qualité, d'une finesse et d'une pertinence sans égal. Vous compter parmi nous, profiter de votre savoir, vous avoir comme lectrice de cette thèse et comme Présidente de ce jury, sont pour moi un grand honneur.

J'adresse également mes sentiments les plus respectueux et reconnaissants à toutes les personnes que j'ai été amené à rencontrer et qui ont collaboré à cette recherche. Aussi indirecte qu'ait été leur participation, celle-ci m'aura été précieuse. Dans un souci de conserver un anonymat des plus rigoureux, je ne me permettrai pas de citer les associations, leurs membres et les participants qui ont accepté de m'accueillir et/ou de m'accorder un entretien. Mais j'insisterai tout particulièrement sur la qualité de leur témoignage et toute la reconnaissance que je leur porte et qui leur revient car sans leur participation (même dans les cas où elle n'a été qu'implicite ou encore sans suite), ce travail serait incomplet et perdrait de sa valeur.

Plus intimement,

Il est inimaginable pour moi de ne pas remercier ma famille, ma mère, *Marie-Christine Marchand* et mon frère, *Paul Marchand* pour leur soutien et leur amour inconditionnels dans ce travail comme dans nos plus difficiles épreuves. Je leur adresse tous mes sentiments les plus tendres et affectueux.

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à des personnes parfois plus éloignées de ce travail, mes amis et les professionnels qui ont accepté de me rencontrer, avec lesquels j'ai eu l'occasion d'avoir un échange concernant ce travail, avec lesquels j'ai été amené à prendre contact ou encore avec lesquels j'ai collaboré. A *Colette Chiland*, *Aude Michel*, *Hervé Hubert*, *Léa Karpel* et *Octavio Marciel* pour ne citer qu'eux, je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre lorsque j'ai sollicité votre attention et votre aide. Par ailleurs, il est important pour moi de faire part de mes plus sincères remerciements ainsi que de toute ma gratitude à *Monsieur Bernard Brusset*, *Monsieur Gérard Bayle* et *Madame Aleth Prudent-Bayle*.

Aux Maitres de Conférences de notre laboratoire, *Madame H. Riazuelo, Madame S. Skandrani, Madame N. de Kernier et Madame G. Chaudoye* ainsi qu'à mes camarades doctorants et anciens doctorants : *Olga Bamisso, XYZ Marcovici, Luc Monné Dao, Marjorie Roques, Alexandre Sinanian, Marine Strauss-Kahn,...* pour ne citer qu'eux mais pensant à tous les autres, et tout particulièrement *Elise Pelladeau* - toujours présente pour m'encourager, qui a su me redonner confiance et sans qui ce travail ne serait très certainement pas ce qu'il est - je vous remercie pour votre soutien et vos encouragements tant face à ce travail de recherche que dans nos collaborations quotidiennes à l'université, et parfois en-dehors.

A mes étudiants au cours de ces quelques années d'enseignement, c'est une grande joie de vous avoir eu au travail et d'avoir pu partager vos progrès.

A *mes amis*, je ne peux tous vous citer et il serait malvenu de n'en citer que quelques-uns. Je vous remercie tous pour votre soutien, votre réconfort, votre présence et votre confiance qui m'ont permis autant d'avancer, de faire face aux épreuves que de respirer pour continuer et mener à bien ce travail.





## Lexique

**ALD 23** : codification de la liste de l'assurance maladie française pour les Affections Longue Durée d'ordre psychiatrique.

**ALD 31** : codification de la liste de l'assurance maladie française pour les Affections Longue Durée « hors liste et nécessitant des soins ».

**FTM** : abréviation anglo-saxonne de *Female To Male* (Femme vers Homme) utilisée pour désigner le changement de sexe ou les personnes transsexuelles dans le sens de femme biologique vers homme.

**Gender (Genre)** : concept théorique développé aux Etats-Unis dans les années 50, par le psychologue, J. Money. Se définissant au départ en opposition au sexe mâle/femelle biologique et inné, en tant que caractères masculin/féminin relevant du psychosocial et étant acquis, cette définition est devenue moins précise (voire floue) avec l'élargissement de son utilisation à un grand nombre de domaines, disciplines et approches, allant paradoxalement jusqu'à lui attribuer une origine et un déterminisme biologiques (comme le sexe).

**HAS** : abréviation de la Haute Autorité de Santé. Cette agence été sollicité en 2009 par le Ministère de la Santé pour établir un rapport sur la prise en charge des patients transsexuels en vue d'établir un PNDS.

**HBIGDA** : abréviation de *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (Association International Harry Benjamin pour la Dysphorie de Genre) renommée actuellement WPATH. Pour plus de précisions, se reporter à la WPATH, ci-dessous.

**IGAS** : abréviation utilisée pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Le service interministériel a été sollicité en 2011 pour établir un rapport en complément de celui de l'HAS en vue de la mise en place d'un PNDS français pour la prise en charge des patients transsexuels.

**MTF** : abréviation anglo-saxonne de *Male to Female* (Homme vers Femme) utilisée pour désigner le changement de sexe ou les personnes transsexuelles dans le sens de homme biologique vers femme.

**PNDS** : abréviation pour Programme National de Diagnostic et de Soins.

**Sexuation** : en référence à la définition de ce terme par C. Chiland, il s'agit de la division d'une espèce en deux sexes. Il convient de différencier la sexuation de la sexualité qui pour sa part concerne le choix d'objet et l'orientation sexuelle, et de distinguer la sexuation selon qu'elle concerne ou relève du biologique, du social ou du psychique.

**TFM** : abréviation française de Transsexuel Féminin vers Masculin utilisée pour désigner le changement de sexe ou les personnes transsexuelles dans le sens de femme biologique vers homme. Cette abréviation est moins fréquemment voire pas utilisée en-dehors du milieu médial, certains patients refusant le terme « transsexuel ».

**THC** : abréviation de Transformation Hormonale et Chirurgicale. Traitement proposée par la médecine actuelle visant à modifier l'apparence du corps pour le faire correspondre à l'identité sexuée revendiquée par le patient transsexuel.

**TMF** : abréviation française de Transsexuel Masculin vers Féminin utilisée pour désigner le changement de sexe ou les personnes transsexuelles dans le sens de homme biologique vers femme. Cette abréviation est moins fréquemment voire pas utilisée en-dehors du milieu médical, certains patients refusant le terme « transsexuel ».

**Transgenre** : pour la WPATH, il s'agit d'un terme utilisé pour désigner et 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. Selon l'APA, ce terme renvoie à un large spectre d'individus qui s'identifient de manière transitoire ou persistante à un genre différent de leur genre de naissance. (*traductions réalisées par nos soins*)

**Transsexualisme** : pour la WPATH, il s'agit d'un terme employé 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, ce terme 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. (*traductions réalisées par nos soins*).

**WPATH** : abréviation pour *World Professional Association for Transgender Health* (Association Professionnelle Mondiale pour la Santé Transgenre). Cette association mondiale de professionnels regroupe un nombre de plus en plus important de professionnels de la prise en charge des patients souffrant de troubles de l'identité sexuée au sens large et publie depuis la fin des années 70, les standards de soins (SOC : Standards Of Care) de prise en charge par transformation hormonale et chirurgicale. La version actuelle de ces standards est la 7<sup>ème</sup> et date de 2011.





# Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>.....</b>
<b>Lexique .....</b>	<b>.....</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>I. La sexualité chez l'être humain : entre nature, culture et construction psychique.....</b>	<b>11</b>
1. Le sexe entre terminologie et polysémie.....	11
2. Le fondement biologique du sexe .....	13
2. 1. L'origine du sexe.....	14
2. 1. 1. <i>L'embryon et le sexe génétique XX ou XY.....</i>	<i>14</i>
2. 1. 2. <i>La morphogénèse et le sexe gonadique.....</i>	<i>15</i>
2. 2. Le cerveau et le sexe.....	17
2. 2. 1. <i>L'hypothèse de l'imprégnation hormonale du cerveau et le modèle expérimental sur l'animal.....</i>	<i>19</i>
2. 2. 2. <i>L'étude comparative des noyaux hypothalamiques chez l'être humain.....</i>	<i>21</i>
2. 2. 3. <i>Critiques neurobiologiques du cerveau sexué .....</i>	<i>22</i>
2. 2. 4. <i>Procès de la psychanalyse par le sexe du cerveau : une critique particulière .....</i>	<i>23</i>
3. La distinction sexe/genre : nouveau concept et glissement théorique.....	24
3. 1. John Money : la primauté du genre psychosocial sur le sexe biologique .....	25
3. 2. Les réflexions sociales et politiques .....	30
3. 2. 1. <i>Brève présentation historique des mouvements sociopolitiques du genre..</i>	<i>31</i>
3. 2. 2. <i>Judith Butler : la mélancolie de genre entre psychanalyse et politique .....</i>	<i>32</i>
3. 2. 3. <i>Critique de la théorie de J. Butler.....</i>	<i>34</i>
3. 3. Les apports anthropologiques : le troisième sexe/troisième genre .....	38
3. 3. 1. <i>Chez les Inuit, les Sipiniit.....</i>	<i>39</i>
3. 3. 2. <i>Les Hijras en Inde .....</i>	<i>40</i>
3. 3. 3. <i>En Polynésie, la liminalité du genre .....</i>	<i>41</i>
3. 3. 4. <i>Les Berdaches nord-amérindiens.....</i>	<i>42</i>

# Table des matières

4. Les approches psychanalytiques .....	43
4. 1. Freud S. : de la sexualité au sexe en psychanalyse.....	45
4. 1. 1. <i>Le sexuel traumatique dans la séduction</i> .....	46
4. 1. 2. <i>Le sexuel dans le développement libidinal</i> .....	46
4. 1. 3. <i>La sexualité et les positions dans le complexe d'œdipe</i> .....	47
4. 1. 4. <i>Complications avec la bisexualité psychique</i> .....	48
4. 1. 5. <i>Le masculin et le féminin en question</i> .....	49
4. 2. Stoller R. J. et la théorie de l'identité de genre en psychanalyse .....	50
4. 2. 1. <i>La théorie de l'identité de genre</i> .....	51
4. 2. 2. <i>Les facteurs de l'identité de genre</i> .....	52
4. 2. 3. <i>Les limites de l'approche de R. J. Stoller</i> .....	52
4. 3. Lacan J. : La logique de la sexuation .....	54
4. 3. 1. <i>Le stade du miroir : la sexuation et la subjectivité</i> .....	54
4. 3. 2. <i>L'erreur commune : le développement de la sexuation</i> .....	57
4. 3. 3. <i>La sexuation et la jouissance</i> .....	57
4. 3. 4. <i>La logique de la sexuation : les mathèmes</i> .....	58
4. 3. 5. <i>De la sexuation à la structuration de la personnalité</i> .....	60
4. 4. Green A. : le fantasme du genre neutre et les organisateurs de la différenciation sexuée .....	61
4. 5. Chiland C. : une construction psychique de l'identité sexuée.....	63
4. 6. Laplanche J. : le genre dans la sexualité élargie.....	67
5. Synthèse sur le sexe chez l'être humain : de l'identité sexuée au transsexualisme .....	69
<b>II. Le transsexualisme .....</b>	<b>73</b>
1. Définition du transsexualisme .....	74
2. Histoire du transsexualisme .....	76
2. 1. Avant la transformation hormonale et chirurgicale : la préhistoire du transsexualisme .....	77
2. 2. L'introduction de la transformation hormonale et chirurgicale : le transsexualisme d'aujourd'hui .....	78
2. 3. Actualité du transsexualisme .....	79

# Table des matières

3. Le diagnostic de transsexualisme dans les classifications internationales .....	81
3. 1. Le transsexualisme dans la Classification Internationale des Maladies, selon l’OMS .....	81
3. 2. Le transsexualisme dans le DSM, selon l’APA.....	82
3. 2. 1. Dans les DSM IV et DSM IV-TR .....	83
3. 2. 2. Dans le DSM 5 : du trouble de l’identité sexuelle à l’incongruence de genre, puis dysphorie de genre .....	84
3. 2. 3. Critiques du DSM et de l’incongruence de genre .....	87
3. 3. Le transsexualisme dans le Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) de l’Alliance des organisations psychanalytiques.....	88
4. Eléments cliniques supplémentaires.....	89
4. 1. Un récit plaqué, ancré dans la réalité matérielle visant l’obtention de la THC....	90
4. 2. Précisions concernant le rejet du sexe anatomique .....	91
4. 3. Un rapport au vêtement .....	91
4. 4. Une représentation archaïque et stéréotypée de la différence des sexes .....	92
4. 5. Le rapport à l’autre .....	93
4. 6. Une sexualité particulière .....	94
5. Les différents types de transsexualismes .....	95
5. 1. Les transsexualisme masculin vers féminin et transsexualisme féminin vers masculin .....	95
5. 2. Les transsexualisme primaire et transsexualisme secondaire.....	99
5. 3. Le transsexualisme et le phénomène transgenre .....	101
6. Les hypothèses étiologiques du transsexualisme .....	104
6. 1. L’approche biologique.....	105
6. 1. 1. Le transsexualisme et l’anatomie du cerveau : le plancher de la stria terminalis de l’hypothalamus .....	106
6. 1. 2. Le transsexualisme expliqué par le génotype : le gène du récepteur aux androgènes .....	107
6. 1. 3. Quelques remarques sur l’approche biologique du transsexualisme .....	108



# Table des matières

6. 2. L'approche sociale et culturelle.....	111
6. 2. 1. <i>Le retrait de l'homosexualité du DSM et la dépsychiatisation du trouble de l'identité sexuée : parallèles et divergences</i> .....	113
6. 2. 2. <i>La déconstruction du diagnostic de trouble de l'identité sexuée</i> .....	117
6. 2. 3. <i>Contre une maltraitance théorique, une approche psychopolitique</i> .....	121
6. 2. 4. <i>Retour à Trouble dans le genre : situer le transsexualisme dans la théorie de la mélancolie de genre</i> .....	123
6. 2. 5. <i>Les contributions et limites de l'approche socioculturelle : entre subjectivité transsexuelle et idéologie collective transgenre</i> .....	126
6. 3. Les hypothèses psychanalytiques.....	128
6. 3. 1. <i>A l'origine S. Freud et l'inversion sexuelle</i> .....	129
6. 3. 2. <i>Le modèle a-conflictuel de R. J. Stoller : ni psychose, ni perversion</i> .....	132
6. 3. 3. <i>Les modèles conflictuels : perversion, psychose et organisation limite</i> ..	135
6. 3. 4. <i>Remarques et synthèse concernant les approches psychanalytiques du transsexualisme</i> .....	158
6. 3. 5. <i>Les études sur le fonctionnement psychique des patients transsexuels</i> ....	159
<b>III. La transformation hormonale et chirurgicale.....</b>	<b>171</b>
1. De la première tentative aux standards de soins par transformation hormonale et chirurgicale.....	171
2. La controverse psychothérapie ou THC : à partir d'une guerre de « tranchées »... ..	173
3. Présentation du parcours de soins par transformation hormonale et chirurgicale.....	175
3. 1. L'étape diagnostique et l'évaluation pronostique : le rôle du psychiatre.....	179
3. 2. L'expérience en vie réelle.....	184
3. 3. L'étape hormonale.....	186
3. 3. 1. <i>Les démasculinisation et féminisation pour les transsexuels masculin vers féminin</i> .....	187
3. 3. 2. <i>Les déféminisation et masculinisation pour les transsexuels féminin vers masculin</i> .....	189
3. 4. L'étape chirurgicale.....	190
3. 4. 1. <i>Les castration et vaginoplastie pour les transsexuels masculin vers féminin</i> .....	192
3. 4. 2. <i>Les mammoplastie, hystérectomie et phalloplastie pour les transsexuel féminin vers masculin</i> .....	195

# Table des matières

3. 5. L'accompagnement psychologique .....	198
3. 5. 1. <i>Le problème du cadre et des rapports psychothérapie/THC</i> .....	199
3. 5. 2. <i>Méthode et objectifs de la prise en charge psychothérapeutique</i> .....	201
3. 5. 3. <i>L'extrême en psychanalyse et la prise en charge psychothérapeutique de patients transsexuels</i> .....	205
4. Après la transformation hormonale et chirurgicale : résultats et devenir des patients transsexuels.....	207
4. 1. L'évaluation générale et la qualité de vie.....	208
4. 2. Au niveau social .....	211
4. 3. Au niveau professionnel.....	212
4. 4. Au niveau sexuel .....	213
4. 5. Au niveau psychologique .....	214
<b>IV. Nouvelles perspectives sur le transsexualisme et l'identité sexuée : vers une approche transversale .....</b>	<b>221</b>
1. Le transsexualisme et la limite comme concept, à partir des travaux d'A. Green .....	225
2. Le transsexualisme et la sexuation, extrême et ordinaire, à partir des travaux de F. Pommier.....	230
3. La sexuation, le primat de l'Autre et la pulsion « essentiellement » sexuelle, à partir des travaux de J. Laplanche .....	235
4. Le transsexualisme et la sexuation : la troisième topique et la réalisation pulsionnelle par la perception, à partir des travaux de C. Dejours .....	242
<b>SECONDE PARTIE : PARTIE CLINIQUE .....</b>	<b>253</b>
<b>I. Histoire et contexte de cette recherche .....</b>	<b>255</b>
<b>II. Objectif et problématique .....</b>	<b>263</b>
<b>III. Hypothèses générales.....</b>	<b>267</b>
<b>IV. Méthodologie .....</b>	<b>271</b>
1. Recueil des données .....	271
1. 1. Population et échantillon étudiée.....	271
1. 1. 1. <i>Terrain de recherche</i> .....	271
1. 1. 2. <i>Méthode de recrutement des personnes ayant participé à cette recherche</i> .....	272
1. 1. 3. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i> .....	273
1. 1. 4. <i>Précisions éthiques et déontologiques</i> .....	275

# Table des matières

1. 2. Procédure .....	276
1. 2. 1. <i>Lieu des passations</i> .....	276
1. 2. 2. <i>Description de l'échantillon</i> .....	277
1. 2. 3. <i>Choix des outils</i> .....	278
1. 2. 4. <i>Déroulement des passations</i> .....	279
1. 3. Présentation des outils .....	280
1. 3. 1. <i>L'entretien clinique</i> .....	280
1. 3. 2. <i>Le test du rorschach</i> .....	296
1. 3. 3. <i>Le Thematic Apperception Test, TAT</i> .....	303
1. 3. 4. <i>Complémentarité des tests projectifs du rorschach et du TAT</i> .....	314
1. 3. 5. <i>L'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota 2<sup>ème</sup> version, le MMPI-2 : test de personnalité psychométrique et catégorielle</i> .....	315
2. Procédure d'analyse des données .....	332
2. 1. Données statistiques selon l'approche psychométrique : protocoles du MMPI-2 .....	333
2. 2. Données cliniques de l'approche psychodynamique.....	333
2. 2. 1. <i>L'entretien clinique</i> .....	333
2. 2. 2. <i>Les tests projectifs : test du rorschach et Thematic Apperception Test</i> .....	335
3. Hypothèses opérationnelles .....	336
<b>V. Analyse des données .....</b>	<b>339</b>
1. Analyse des données psychométriques du MMPI-2 .....	339
1. 1. Acceptabilité des protocoles.....	339
1. 1. 1. <i>Monsieur XYZ</i> .....	339
1. 1. 2. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	339
1. 1. 3. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	339
1. 1. 4. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	339
1. 1. 5. <i>Madame XYZ</i> .....	339
1. 1. 6. <i>Madame XYZ</i> .....	339

# Table des matières

1. 2. Traits et rôles Masculin/Féminin.....	339
1. 2. 1. <i>Monsieur XYZ</i> .....	341
1. 2. 2. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	341
1. 2. 3. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	341
1. 2. 4. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	341
1. 2. 5. <i>Madame XYZ</i> .....	341
1. 2. 6. <i>Madame XYZ</i> .....	341
1. 2. 7. <i>Synthèse sur les scores aux échelles de traits et de rôles sexuels du MMPI-2</i> .....	341
1. 3. Analyse des échelles cliniques .....	342
1. 3. 1. <i>Monsieur XYZ</i> .....	342
1. 3. 2. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	342
1. 3. 3. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	343
1. 3. 4. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	343
1. 3. 5. <i>Madame XYZ</i> .....	343
1. 3. 6. <i>Madame XYZ</i> .....	343
1. 3. 7. <i>Synthèse sur les profils psychologiques issus du MMPI-2</i> .....	343
2. Analyse des données cliniques .....	345
2. 1. Analyse des entretiens cliniques.....	345
2. 1. 1. <i>Monsieur XYZ</i> .....	345
2. 1. 2. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	345
2. 1. 3. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	346
2. 1. 4. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	346
2. 1. 5. <i>Madame XYZ</i> .....	347
2. 1. 6. <i>Madame XYZ</i> .....	347
2. 1. 7. <i>Synthèse des résultats des entretiens cliniques</i> .....	347
2. 2. Analyse des protocoles du test du rorschach .....	349
2. 2. 1. <i>Monsieur XYZ</i> .....	349
2. 2. 2. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	350
2. 2. 3. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	351
2. 2. 4. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	352
2. 2. 5. <i>Madame XYZ</i> .....	353
2. 2. 6. <i>Madame XYZ</i> .....	354
2. 2. 7. <i>Synthèse des résultats au test du rorschach</i> .....	355

# Table des matières

2. 3. Analyse des protocoles du Thematic Apperception Test, TAT .....	357
2. 3. 1. <i>Monsieur XYZ</i> .....	357
2. 3. 2. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	358
2. 3. 3. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	359
2. 3. 4. <i>Mademoiselle XYZ</i> .....	360
2. 3. 5. <i>Madame XYZ</i> .....	361
2. 3. 6. <i>Madame XYZ</i> .....	362
2. 3. 7. <i>Synthèse des résultats au Thematic Apperception Test</i> .....	363
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>372</b>
1. Synthèse des résultats et vérification des hypothèses .....	372
2. Discussion et remarques .....	379
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>386</b>
<b>INDEX THEMATIQUE</b> .....	<b>400</b>
<b>INDEX ONOMASTIQUE</b> .....	<b>406</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>414</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>415</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>416</b>

Thèse imprimée et reliée en deux volumes :

- Document principal, volume I
- Annexe, volume II





# PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

*Amoebas at the start were not complex  
they tore themselves apart  
and started sex.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> « Les amibes à l'origine n'étaient pas complexes ; elles se sont morcelées et vint le sexe. » Arthur Guiterman (1871-1943), poète américain d'origine irlandaise, auteur notamment de *Ode to the amoeba*.





# Introduction

Bien que le transsexualisme ne puisse plus être considéré de nos jours, comme un phénomène récent, il n'en reste pas moins un phénomène énigmatique et complexe.

Pour être plus précis, il faut se rendre à l'évidence que l'apparition du phénomène transsexuel ne peut être datée avec précision. Comme nous le verrons plus tard dans ce travail, il semble que de tout temps, il y ait eu des individus se déclarant avec conviction comme appartenant à l'autre sexe, et adoptant la manière de vie de cet autre sexe.

Au début des années 50, l'histoire de ce phénomène est marquée d'un tournant fondamental avec le premier cas de Transformation Hormonale et Chirurgicale (THC) considéré comme réussie - le cas très médiatisé de Georges devenu Christine Jorgensen<sup>2</sup> - et la première définition officielle du terme « transsexualisme » par l'endocrinologue, sexologue, H. Benjamin<sup>3</sup> qui permet clairement de distinguer celui-ci de l'homosexualité et du transvestisme.

Pourtant, le transsexualisme continue d'interroger, d'interpeller et de faire débat. Succinctement, concernant le transsexualisme à proprement parler :

- ***son étiologie*** reste encore inconnue, indéterminée, avec une opposition entre deux courants principaux que sont l'organogenèse et la psychogénèse, même si récemment l'approche socioculturelle tend à se développer et à prendre une place de plus en plus importante. Par ailleurs, au-delà de ce débat, le transsexualisme et sa conviction interroge aussi l'identité sexuée ainsi que l'origine de cette dernière,
- ***au niveau de sa prise en charge thérapeutique***, la prise en charge par THC est un traitement palliatif encore controversé d'une part, du fait de procéder à l'ablation d'organes sains et d'altérer le fonctionnement d'un organisme sain (au sens médical du terme) ; et d'autre part, du fait qu'il s'agit de proposer un traitement qui vise un résultat concret allant dans le sens du symptôme « psychique »,

---

<sup>2</sup> Jorgensen C. (1967), *Christine Jorgensen : A personal autobiography*, New York, Paul Eriksson.

<sup>3</sup> Benjamin H. (1953), Transvestism and transsexualism, *International Journal of Sexology*, 7, 12-14.

## Introduction

- Enfin, de manière plus spécifique à la psychologie et à la psychanalyse, le transsexualisme et sa conviction inébranlable concernant le sentiment d'appartenir à l'autre sexe questionnent **la nosographie et le fonctionnement psychique** des sujets transsexuels avec un débat opposant les tenants du fonctionnement psychotique et ceux de l'organisation limite.

Du point de vue de la psychanalyse, le phénomène transsexuel s'avère être un véritable défi. Comme le faisait remarquer J.-M. Alby repris par Chiland<sup>4</sup>, il est à la limite de tout et est un véritable défi pour la nosologie traditionnelle. Cependant, d'un point de vue nosographique, le phénomène transsexuel est un phénomène limite dépassant la référence à l'organisation limite. En référence au modèle de la double limite d'A. Green<sup>5</sup>, celle-ci est en quelque sorte mise à mal de toute part. Le patient transsexuel met en avant son for intérieur. Pour ce qui est de son ressenti, il place sa réalité interne au-dessus de la réalité extérieure matérielle du corps. Cette réalité extérieure est tout de même investie, mais pour lui, c'est son corps qui doit être modifié pour correspondre à son ressenti. Toutefois, pour ce qui est de la réalité interne, il s'agit de la réalité interne consciente. Au contraire, la réalité psychique inconsciente est totalement déniée tant dans le discours des patients que dans le choix de recourir à la THC. D'un point de vue pratique, la THC agit tel un *acting out* permanent entravant la cure<sup>6</sup>, alors que d'un point de vue théorique, elle apparaît tel un crime de lèse-Freud<sup>7</sup> du fait de la résonance entre l'ablation chirurgicale des organes génitaux et le complexe de castration. De même, en référence aux trois défis pour la psychanalyse exposés par M. Bertrand<sup>8</sup>, le transsexualisme renvoie directement à la souffrance identitaire mais aussi se rapproche dans une certaine mesure de l'homosexualité et du traumatisme ; et ce, autant au niveau clinique, thérapeutique que théorique. Enfin, sans concerner à proprement parler la sexualité, le phénomène transsexuel apparaît proche de ce que Cupa a nommé le sexuel post-moderne<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> Chiland C. (1997), *Changer de sexe*, Paris, Odile Jacob, 2011.

<sup>5</sup> Green A. (1982), La double limite in *La folie privée*, Paris, Gallimard, 293-316, 2006.

<sup>6</sup> Oppenheimer A. (1992), Le désir de changer de sexe : un défi pour la psychanalyse ?, *Psychanalyse à l'université*, 17, 66, 117-134.

<sup>7</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>8</sup> Bertrand M. (2004), *Trois défis pour la psychanalyse : clinique, théorie, psychothérapie*, Paris, Dunod.

<sup>9</sup> Cupa D. (2011), Le sexuel post-moderne in *Le sexuel, ses différences et ses genres : enjeu du sexuel dans les cultures contemporaines*, Paris, EDK, 29-37.

Pour notre part, nous avons rencontré ce phénomène lors de notre entrée en Master 1 de psychologie clinique et psychopathologie. Alors qu'en tant qu'étudiant nous devions intégrer un séminaire de recherche, nous avons fait le choix de celui de Mme Vasconcellos « identité de genre : problématiques et conflits ». Faire une recherche sur le transsexualisme nous est alors apparu comme allant de soi tant il semblait être le paradigme incontournable de l'identité sexuée psychique qui défie la matérialité du corps sexué. Cherchant un travail de recherche pouvant être réalisé dans les délais imposés en Master mais aussi potentiellement réalisable pour un étudiant encore en formation, nous avons choisi d'étudier la question de la place du transsexualisme dans la nosographie psychanalytique avec la controverse opposant psychose et organisation limite chez les patients transsexuels masculin vers féminin. Notre première rencontre avec des personnes transsexuelles, au sein du milieu associatif que nous avons démarché pour réaliser ce premier travail, nous a alors particulièrement surpris et intéressés. Leur conviction inébranlable concernant leur identité sexuée continuait de nous questionner tout autant au sujet du transsexualisme lui-même mais aussi au sujet de l'identité sexuée. Toujours intéressés par l'étude de ce phénomène, nous avons repris cette question en Master 2 Recherche la posant cette fois-ci aux patients transsexuels féminin vers masculin. Cependant, à l'issue de ces deux premiers travaux, les questions que nous avons laissées de côté continuait de nous préoccuper - l'étiologie du transsexualisme, l'évolution et les remaniement du fonctionnement psychique durant et à l'issue de la THC, l'origine de l'identité sexuée... - et nous avons dès lors entrepris de poursuivre notre travail sur ce phénomène avec d'une part la réalisation de cette thèse de doctorat et le travail professionnel avec des patients transsexuels dans une consultation que nous avons finalement pu mettre en place dans le milieu associatif que nous avons démarché lors de notre Master.

En dehors des débats présentés ci-dessus, si le phénomène transsexuel reste si difficile à saisir, c'est qu'il questionne le rapport à la fois étroit mais aussi les distinctions entre corps/sexe/identité. Face à cette complexité et à ces controverses parfois virulentes, il nous est apparu nécessaire pour comprendre le phénomène transsexuel de proposer une nouvelle approche dite transversale ayant pour objet principal d'étude la traversée - le mouvement de passage de l'ordinaire à l'extrême et son inverse - mais aussi transversale car cherchant à penser la subjectivité en la situant au carrefour des mouvements du corporel, du socioculturel et de l'intrapsychique, et prenant comme point de départ mais dépassant les approches structurale et déconstructiviste qui l'ont précédée.

## Introduction

Pour tenter d'éclairer ces différents sujets relatifs au transsexualisme, dans un premier temps, au niveau théorique, nous exposerons la sexuation chez l'être humain en tant que construction psychique entre nature et culture, avec les différents points de vue biologique, social et psychologique qui seront chacune présentées et critiquées.

Dans un second temps, nous présenterons alors le transsexualisme : sa définition, son histoire, sa sémiologie et ses éléments cliniques, ainsi que les divers travaux et approches concernant son étiologie à savoir les approches organique, sociale et psychologique (ou plutôt psychique).

Ensuite, nous exposerons la réponse proposée par le corps médical qu'est la transformation hormonale et chirurgicale, avec son histoire, les différentes étapes qui la composent ainsi que les soins annexes ou complémentaires, puis les travaux réalisés concernant le devenir des patients transsexuels y ayant eu recours.

Enfin, nous proposerons des pistes pour une nouvelle approche transversale du transsexualisme en psychanalyse à savoir le concept de limite selon A. Green<sup>10</sup>, la clinique de l'extrême selon F. Pommier<sup>11</sup>, la pulsion essentiellement sexuelle (notamment de mort) de Laplanche<sup>12</sup> ainsi que la troisième topique de l'Inconscient clivé et la réalisation de pulsion sexuelle de mort par la perception de C. Dejours<sup>13</sup>.

Au niveau du travail de recherche, une fois cette présentation théorique réalisée, nous tenterons de tester l'application de cette approche transversale au transsexualisme avec des hypothèses en lien avec les éléments théoriques que sont l'extrême, la pulsion essentiellement sexuelle, l'Inconscient amential et la réalisation pulsionnelle par la perception.

Pour ce faire, ce travail de recherche porte sur un petit échantillon de six personnes transsexuelles masculin vers féminin qui ont été recrutées sur la base du volontariat au sein du milieu associatif dans lequel nous proposons - en parallèle et de manière distincte - une consultation. Succinctement, on participé à cette recherche : XYZ qui avait récemment commencé sa THC et n'avait donc pas encore réalisé de transformation corporelle et

---

<sup>10</sup> Green A. (1976), Le concept de limite in *La folie privée*, Paris, Gallimard, 103-140, 2006.

<sup>11</sup> Pommier F. (2010), L'extrême : une réponse entre psychose et fonctionnement limite in Chabert C. et coll., *Traité de psychopathologie de l'adulte : les psychoses*, Paris, Dunod, 3-56.

<sup>12</sup> Laplanche J. (1997), La soi-disant pulsion de mort : une pulsion sexuelle, *Adolescence*, 15, 205-224.

<sup>13</sup> Dejours C. (2001), *Le corps d'abord*, Paris, Payot.

continuait de vivre en tant qu'homme malgré son vœu transsexuel, XYZ qui avait récemment commencé un traitement hormonal sans changement irréversible mais vivait déjà en permanence dans le sexe féminin revendiqué, XYZ dont le corps est complètement féminisé par leur traitement hormonal avec des changements corporels irréversibles et qui ont donc adopté l'apparence et vivent au quotidien dans le sexe revendiqué féminin en attente de l'opération chirurgicale de réassignation génitale plus ou moins proche, puis XYZ qui pour leur part, ont totalement terminé leur parcours de soins par THC depuis plus de deux ans, vivent donc en permanence et uniquement en tant que femme.

Du point vue méthodologique, au niveau d'une approche psychodynamique, nous avons eu recours à un entretien clinique de type semi-directif inspiré de l'approche structurale de O. Kernberg<sup>14</sup>, au test projectif du rorschach utilisé et analysé selon la méthode de l'école projectiviste de Paris Descartes<sup>15</sup>, ainsi qu'au *Thematic Apperception Test* lui aussi employé et analysé selon la méthode de Paris Descartes<sup>16</sup> à la différence que compte tenu de la place centrale et conflictuelle de l'identité sexuée dans le transsexualisme, nous avons alors fait passer aux sujets les planches masculines BM et les planches féminines GF comme nous l'avions suggéré à C. Chabert en mars 2007, ainsi qu'à sa disciple et collaboratrice, Lintanff en mai 2011, avant que cette dernière n'envisage d'utiliser cette méthode. D'autre part, dans le but d'obtenir des données statistiques concrètes pouvant être comparées à la population générale concernant le profil psychologique des sujets participants à cette recherche, nous avons eu recours au MMPI-2<sup>17</sup>, test psychométrique de personnalité.

Au niveau de l'analyse des résultats, bien qu'étant intéressantes et pertinentes, les données statistiques issues des résultats au MMPI-2 ont été analysées en premier. Nous nous sommes alors intéressés aux échelles de validité, aux échelles de traits et de rôles sexuels (échelles Mf, Gm et Gf) puis aux échelles cliniques.

Par la suite, d'un point de vue clinique, les données issues de l'approche psychodynamique ont alors pour leur part été analysées dans un second temps, avec pour commencer l'analyse des entretiens cliniques selon la méthode structurale de O. Kernberg<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Kernberg O. (1984), *Les troubles graves de la personnalité*, Paris, PUF.

<sup>15</sup> Chabert C. (1998a), *La psychopathologie à l'épreuve du rorschach*, Paris, Dunod.

<sup>16</sup> Brelet Foulard F. & Chabert C. (2003), *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

<sup>17</sup> ECPA (1996), *Manuel du MMPI-2*, Paris, Les Editions du Centre de psychologie Appliquée.

<sup>18</sup> Kernberg O. (1984), *op. cit.*

## **Introduction**

qui tente d'investiguer le niveau d'intégration de l'épreuve de réalité, le niveau d'intégration de l'identité et le niveau des opérations défensives. Toujours selon une approche psychodynamique, mais dans un second temps, nous avons analysé les résultats obtenus aux tests du rorschach avec l'analyse des processus de pensée, du traitement des conflits et de l'organisation défensive, ainsi que les résultats obtenus au TAT avec l'analyse des procédés du discours, l'analyse des planches BM et GF et l'analyse de la résonance fantasmatique des planches. L'analyse des résultats obtenus aux tests projectifs a ainsi permis de préciser ceux du MMPI-2 et de l'entretien clinique.

Enfin, pour conclure, nous discuterons ces résultats et les mettrons en relation avec nos hypothèses théoriques portant sur l'extrême, la pulsion essentiellement sexuelle notamment de mort, l'Inconscient amential et la réalisation pulsionnelle, revenant ainsi sur l'intérêt d'une approche transversale du transsexualisme, de la THC, mais aussi de l'identité sexuée en générale.





## **Introduction**

# **I. La sexuation chez l'être humain : entre nature, culture et construction psychique**

## **1. Le sexe entre terminologie et polysémie**

Le sexe est un terme d'usage courant de la langue. Or, comme le fait remarquer Chiland<sup>19</sup>, ce terme est polysémique. Il désigne tout à la fois les organes génitaux, les rapports sexuels, les rôles et comportements sexués et avec certaines subtilités l'identité corporelle, l'identité sociale et l'identité personnelle.

Etymologiquement, l'origine du mot sexe est discutée. Le terme latin *sexus*<sup>20</sup> qui signifie sexe dériverait ou de *secare*<sup>21</sup> qui veut dire « couper, diviser » et qui est aussi la racine à l'origine du mot section, ou de *sequi*<sup>22</sup> qui a le sens de « suivre, accompagner ». Par ces deux racines, le sexe renvoie autant à la distinction, à la différence mais aussi au lien et à la complémentarité. Il y a deux sexes, un sexe et un autre sexe mais l'un rappelle inmanquablement l'autre. *Secare* insiste sur le fait que l'un est insaisissable pour l'autre alors que *sequi* rappelle que l'un est indissociable et indéfinissable car incomplet sans l'autre.

Dans les années 50, la terminologie du sexe a connu un renouveau avec l'introduction du mot genre redéfini à partir du *gender* venu des Etats-Unis. Par le recours à ce nouveau terme, une nouvelle distinction avec l'idée d'une précision sémantique émergeait. Le sexe se rapporterait au biologique alors que le genre concernerait le psychosocial. Pour certains auteurs le premier serait inné et le second acquis. Comme le fait remarquer Bourseul<sup>23</sup>, en tant que nouveau concept, le genre apparaît comme un agent interrogeant les limites entre le sexe et le social, entre le sexuel et le social, mais aussi entre le sexué et le social. Cependant, ce renouveau pose le problème de la définition du genre. Pour certains, il se définit par sa

---

<sup>19</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>20</sup> Noel F. (1840), *Dictionnaire Français-Latin*, Paris, Veuve Le Normant, page 959.

disponible en ligne :

<http://books.google.fr/books?id=CYkSAAAAIAAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q=sexus&f=false>

<sup>21</sup> Noel F., *Ibid*, page 278.

disponible en ligne :

<http://books.google.fr/books?id=CYkSAAAAIAAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q=secare&f=false>

<sup>22</sup> Noel F., *Ibid*, page 991.

disponible en ligne :

<http://books.google.fr/books?id=CYkSAAAAIAAJ&printsec=frontcover#v=snippet&q=suivre&f=false>

<sup>23</sup> Bourseul V. (2013), Anatomie et destin du « genre » chez Freud et quelques contemporains, *Evolution psychiatrique*, Received 17 February 2013, Available online 14 October 2013.

## La sexuation

distinction des organes génitaux mais peut avoir une origine biologique notamment cérébrale et serait donc inné et non acquis<sup>24</sup>. Autre point polémique, selon certains, le genre englobe la sexualité car elle aussi est acquise alors que pour d'autres, il ne concerne que les rôles, les comportements et/ou l'identité et se distingue de l'orientation ainsi que des relations sexuelles. Plutôt que la polysémie du sexe, la distinction entre le sexe et le genre a en quelque sorte amené une polyphonie.

Selon un point de vue différent, Chiland<sup>25</sup>, traductrice de Stoller, rappelle que le sexe dispose dans la langue française de deux adjectifs : le sexuel et le sexué. Le premier renvoie à la sexualité et est tout aussi courant que le terme sexe. Il concerne les rapports et les plaisirs liés au sexe. Son usage est si commun qu'il est parfois confondu et utilisé dans le sens ou à la place du terme sexué. Ce dernier, le sexué se rapporte à la sexuation, à la division de l'espèce humaine en deux sexes, au *secare*. Il spécifie ce qui relève de la différence des sexes renvoyant à la fois à un état en partie stable mais aussi à un processus.

Tout chercheur travaillant sur le transsexualisme ou plus généralement sur l'identité sexuée, est confronté au souci terminologique de distinguer et de définir les termes sexe, sexuel, sexué et genre. Les différents auteurs qui font figure de références n'en donnent pas les mêmes définitions et ces dernières sont parfois même contradictoires d'un point de vue à un autre.

Dans ce travail, en référence au choix terminologique de Chiland<sup>26</sup>, le sexe sera abordé en terme de sexe biologique, sexe social et sexe psychologique et par la distinction entre la sexuation et la sexualité car le recours à ces termes gardent la marque du sexe, la référence à la division de l'espèce humaine en deux sexes se rapportant au *secare* et au *sequi*, à la coupure et au complément ou encore à la différence et au semblable. Pour sa part, le terme de genre sera employé dans le but de traduire de la façon la plus proche la pensée des auteurs qui y ont recours.

A partir de cette précision du choix terminologique nécessaire, il est dès lors possible de faire une présentation des différentes approches du sexe et de la sexuation, non pas dans le but d'en obtenir une perspective intégrative se référant à toutes ces approches comme à des

---

<sup>24</sup> Diamond M. (2000), Sex and gender: same or different, *Feminism & psychology*, 10,1, 46-54.

<sup>25</sup> Chiland C. (2003a), *Le transsexualisme*, Paris, PUF.

<sup>26</sup> Chiland C. (2003a), *Ibid.*

dimensions, mais avec l'objectif de présenter et de saisir les subtilités qui différencient chacun de ces points de vue quant à la sexuation et à l'identité sexuée, pour dans une seconde partie revenir sur le transsexualisme en ayant ces différentes perspectives en référence.

## 2. Le fondement biologique du sexe

D'un point de vue biologique, la différenciation sexuelle de l'être humain relève d'un déterminisme présent dès les premiers temps de la conception et procédant sur plusieurs étapes distinctes bien qu'indissociables et dépendantes les unes des autres.

Dans cette partie, il sera donc présenté le développement du sexe corporel. Reprenant la description du développement de la différenciation sexuelle de A. Michel<sup>27</sup>, nous retiendrons trois types de sexe biologique, chacun marquant une étape du développement du sexe qui mettra en place le suivant qui poursuivra à son tour le développement du corps sexué :

- le sexe chromosomique,
- le sexe gonadique,
- le sexe morphologique

Ainsi, avant une présentation plus détaillée, le sexe chromosomique va être présent dès la création de l'embryon. Il va mettre en place et déclencher l'action du sexe gonadique qui pour sa part, entrainera le développement des caractéristiques sexuelles du corps. Enfin, ce dernier aboutira à un sexe phénotypique basé sur la morphologie des organes génitaux qui servira à l'assignation d'un sexe à la naissance du bébé.

Partant de ces bases, il sera alors abordé la question et le débat sur le sexe du cerveau : du rapport influant du cerveau sur le sexe au sens large, de la différence entre les cerveaux mâle et femelle. Cela allant même jusqu'à l'idée que le cerveau serait l'organe sexuel le plus important et que le sexe du cerveau pourrait être différent et surpasser le sexe du corps. En effet, cette question, bien que très ancienne, reste actuellement un axe de recherche très présent et en continuel renouvellement compte tenu des progrès concernant les méthodes d'investigation du cerveau mais aussi en génétique et en endocrinologie.

---

<sup>27</sup> Michel A. (2006), *Les troubles de l'identité sexuée*, Paris, Armand Colin.

## **La sexuation**

### ***2. 1. L'origine du sexe***

Comme il l'est indiqué auparavant, le sexe s'inscrit dès la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde. Selon cette perspective, on peut affirmer qu'il n'existe pas de période asexuée ou d'indifférence sexuelle. Le sexe est d'emblée marqué génétiquement et c'est à partir de cette première marque apposée au temps zéro que va se poursuivre en plusieurs étapes la différenciation sexuée du fœtus.

#### **2. 1. 1. L'embryon et le sexe génétique XX ou XY**

Comme il est expliqué ci-dessus, la sexuation est présente dès la conception de l'embryon. Lors de la rencontre de l'ovocyte et du spermatozoïde et hormis dans les cas d'anomalies génétiques, la paire de chromosomes sexuels se constitue et pose un premier marqueur du sexe. Ainsi, bien que l'embryon soit encore de sexe phénotypiquement indéterminé d'un point de vue anatomique, le sexe chromosomique mâle ou femelle est déjà présent et est déjà marqué dans le patrimoine génétique.

Ce patrimoine comporte 23 paires de chromosomes (soit 46 chromosomes). Parmi celles-ci, 22 sont des paires de chromosomes identiques dits autosomes alors que la dernière paire appelée paire de chromosomes sexuels est constituée de chromosomes différents dits hétérosomes. Par l'association du chromosome sexuel X de l'ovule et de celui du spermatozoïde qui pour sa part peut être X ou Y, le génome va être ou de type femelle avec 46, XX ; ou de type mâle avec 46, XY. On parle alors de sexe chromosomique (ou génétique) et de déterminisme sexuel primaire puisque ce dernier va conditionner l'orientation ultérieure du sexe gonadique.

Hormis cette inscription du sexe dans le génotype, durant les premières semaines de fécondation, l'embryon ne présente pas de différences sexuelles. Plus précisément, cette étape de l'embryogénèse correspond à ce que les biologistes du début du XXe siècle ont appelé bisexualité originaires. L'embryon qu'il soit de sexe génétique XX ou XY développe à la fois une ébauche embryonnaire mâle avec les canaux de Wolff et une ébauche femelle avec les canaux de Müller. Du point de vue des conduits génitaux en devenir, il y a donc une potentialité sexuelle double.

Ce n'est que vers la septième semaine de gestation, que le sexe chromosomique va entrer en action et induire un premier processus de sexuation sur le fœtus. A ce moment, la différenciation sexuée va opérer de deux façons à savoir par la régression de l'ébauche embryonnaire en contradiction avec le sexe génétique et au contraire, par le développement de l'ébauche embryonnaire concordante à ce dernier. Le sexe chromosomique oriente donc la gonade vers le développement d'un testicule ou vers celui d'un ovaire.

Plus précisément, pour l'embryon génétiquement mâle, le gène SRY situé sur le chromosome Y enclenche le pas vers une organogénèse mâle avec la formation d'un testicule. Les cordons sexuels primaires se transforment en cordons testiculaires et fusionnent avec les canaux de Wolff. Alors que chez l'embryon génétiquement femelle, en l'absence de chromosome Y, le chromosome X va orienter la différenciation vers le développement ovarien avec la constitution de follicules et la dégénérescence des canaux testiculaires et des canaux de Wolff.

Une fois cette première étape réalisée aux environs de la huitième semaine, le sexe chromosomique n'entrera alors plus en jeu dans le processus de sexuation et laissera alors la place au sexe gonadique qu'il a mis en place constituant alors le second déterminisme sexuel, deuxième temps de la sexuation biologique.

### 2. 1. 2. La morphogénèse et le sexe gonadique

C'est dès lors par ce sexe gonadique que vont entrer en jeu les hormones sexuelles et que par ces dernières va avoir lieu la différenciation morphologique des futurs organes génitaux internes et externes. Les hormones sexuelles vont stimuler les ébauches du sexe concordant et inhiber les ébauches du sexe discordant. A la fin de ce processus de sexuation, le sexe gonadique aura amené le développement des organes génitaux à son terme. Dès lors, par l'observation de la morphologie des organes génitaux externes, un sexe sera assigné au nouveau-né. On parle alors du sexe phénotypique.

Cette étape de l'imprégnation hormonale du fœtus est primordiale car les fœtus mâle comme femelle disposent tout à la fois de récepteurs aux androgènes et de récepteurs aux œstrogènes. Dès lors, potentiellement, du point de vue des récepteurs, le fœtus femelle peut être masculinisé par une sécrétion de testostérone, et le fœtus mâle peut soit être féminisé par une absence de testostérone, soit avoir un développement perturbé par la sécrétion d'œstrogènes.

## **La sexuation**

### *2. 1. 2. 1. Pour le fœtus mâle*

De la huitième à la vingt-deuxième semaine de gestation, le testicule va sécréter une grande quantité d'hormones. Le testicule est composé de plusieurs cellules : les cellules de Sertoli, les cellules de Leydig et les cellules germinales. Les cellules de Sertoli vont sécréter l'Hormone Anti-Müllérienne (AMH) qui entraîne la régression jusqu'à l'atrophie des canaux de Müller qui étaient l'ébauche de sexe femelle. De l'autre côté, les cellules de Leydig sécrètent dans un second temps de la testostérone qui va stimuler directement le développement des canaux de Wolff qui deviendront les conduits génitaux internes.

Par contre, la formation des conduits génitaux externes (pénis et bourses) nécessitera une transformation de la testostérone par voie enzymatique. La testostérone transformée en dihydrotestostérone, DHT, agira sur le sinus urogénital (fermé chez le garçon) pour former l'épididyme, le canal déférent et les vésicules séminales. De son côté, le tubercule génital se distingue pour devenir le pénis et les corps caverneux. Puis les bourrelets génitaux fusionneront pour devenir le scrotum et le raphé.

### *2. 1. 2. 2. Pour le fœtus femelle*

Autour de la douzième semaine, en l'absence du gène de détermination SRY et de la sécrétion d'androgènes induite par le chromosome Y, l'embryon évolue alors vers le phénotype femelle.

Cette absence de sécrétion d'androgènes est décisive compte tenu, comme l'est dit ci-dessus, que l'embryon femelle possède autant de récepteurs aux androgènes que l'embryon mâle. Ainsi, c'est par l'absence de testostérone en quantité abondante que le corps ne se masculinise pas.

Dès lors, les canaux de Wolff, en tant qu'ébauche masculine, s'atrophient alors que les canaux de Müller qui ne subissent pas l'inhibition de l'hormone anti-müllérienne, sont alors stimulés par l'action des œstrogènes sécrétés par l'ovaire et poursuivent dès lors leur évolution féminine.

Ces derniers canaux se différencient dans un premier temps en trompes de Fallope puis en organes génitaux internes avec l'utérus et le vagin supérieur. Puis, les organes génitaux externes se forment. Le sinus urogénital ouvert se transforme en vestibule et le

tubercule génital devient le clitoris, les petites et grandes lèvres et la partie inférieure du vagin.

### **2. 2. Le cerveau et le sexe**

Comme le fait très justement remarquer Catherine Vidal<sup>28</sup>, la question de la sexuation du cerveau est des plus fréquentes et ce depuis plusieurs décennies. Elle est d'autant plus mise en avant que le cerveau est un organe particulièrement investi. Premièrement, parce qu'il est le siège de la pensée. Deuxièmement, car les techniques et savoirs en neurobiologie mais aussi en endocrinologie et en génétique ont énormément progressé. Remarque à laquelle, à partir d'un point de vue psychanalytique, il conviendrait tout de même d'ajouter que le sexe est un sujet et une question particulièrement investis, porteurs d'intérêt démesuré, qui nécessitent d'être refoulé. Le sexe n'est pas un objet de recherche anodin se limitant au savoir scientifique ou à la politique.

Pour toutes ces raisons, la question d'une distinction entre le cerveau mâle et le cerveau femelle s'est donc développée avec une très grande ampleur. Reprenant ce postulat d'une différence des sexes au niveau cérébral, au niveau biologique du siège de la pensée, les chercheurs neurobiologistes se sont orientés vers l'étude des rapports du cerveau avec le comportement sexuel, l'orientation sexuelle et l'identité sexuée, avec en arrière-plan de ces démarches, le débat sur l'inné et de l'acquis.

Il y a en fait deux niveaux de réponses à cette question qui vont de pair avec deux positions, voire deux écoles de chercheurs sur le sujet. Tous acceptent d'une certaine manière une sexuation du cerveau et donc une différence entre le cerveau mâle et le cerveau femelle mais leur avis diverge, voire s'oppose, concernant ce qui peut être attribué à cette différence et sur le rôle déterminant de cette différence. Ainsi, une partie des chercheurs défendent l'idée que *le cerveau serait l'organe sexuel le plus important*<sup>29</sup> alors que d'autres comme C. Vidal<sup>30</sup>, restent beaucoup plus nuancés compte tenu de la complexité du fonctionnement du cerveau humain, du manque de moyens d'investigation valides malgré les progrès en imagerie cérébrale, des différences interindividuelles et de l'importance du vécu ainsi que de l'histoire individuelle.

---

<sup>28</sup> Vidal C. (1996), Le cerveau a-t-il un sexe ?, *La recherche*, vol. 290, 26-27.

<sup>29</sup> Dennis C. (2004), The most important sexual organ, *Nature*, 427, 390-392.

<sup>30</sup> Vidal C. & Benoit-Browaëys D. (2005), *Cerveau, Sexe et Pouvoir*, Paris, Editions Belin.



## La sexuation

Ainsi, à l'heure actuelle, les études sur le sexe du cerveau s'orientent vers deux axes. Un axe différentialiste qui compare les différences anatomiques entre les cerveaux mâle et femelle notamment au niveau de l'hypothalamus en tant que zone considérée à l'heure actuelle comme sexuellement dimorphique, et un axe développemental qui étudie l'influence des gènes et des hormones dans la genèse du cerveau.

Mais, avant de présenter ces différents points de vue, il est nécessaire d'exposer ce sur quoi tous les neurobiologistes s'accordent à savoir l'existence d'un « cerveau sexué ». Comme il l'a été présenté ci-dessus l'embryon humain porte d'emblée la marque d'un sexe chromosomique et est ensuite très précocement sexué par le sexe gonadique. Or, lors de cette seconde étape de fabrication et de libération des hormones sexuelles mâles et femelles, ces dernières ne se contentent pas d'agir sur les organes périphériques, elles pénètrent aussi le cerveau et influencent la formation des circuits de neurones qui seront impliqués à la puberté et à l'âge adulte dans les fonctions de reproduction. Par ce phénomène, le cerveau femelle acquiert les circuits de neurones qui s'activent périodiquement pour déclencher l'ovulation. Et cette activité cyclique est absente du cerveau mâle. C'est en ce sens que l'on peut acquiescer qu'il y a une sexuation du cerveau, que le cerveau est un organe « sexué » puisqu'il est impliqué et entre en action dans les comportements sexuels nécessaires à la reproduction (C. Vidal & D. Benoit-Browaey<sup>31</sup>).

Toutefois et de là émerge une première relativité de l'argument précédent, il est important de préciser que certaines régions sont plus sensibles que d'autres aux hormones sexuelles. Ainsi, à la base du cerveau, l'hypothalamus - situé à proximité de la glande hypophysaire - est la région la plus sensible aux hormones sexuelles car présentant un grand nombre de récepteurs à ces hormones. Il n'est donc pas surprenant que l'hypothalamus soit la région impliquée dans le cycle d'ovulation et que celle-ci soit investie par les chercheurs. De ce fait, l'hypothalamus est considéré comme impliqué dans les fonctions de reproduction sexuelle. Cependant, il est important de préciser que ce n'est pas son seul rôle. En effet, l'hypothalamus est souvent surnommé le « chef d'orchestre » car ayant un rôle de régulation dans de multiples fonctions telles que les fonctions endocrines - notamment par la sécrétion de neurohormones et par l'intermédiaire de l'hypophyse - les fonctions du système nerveux autonome et de certaines fonctions comportementales dont les comportements de

---

<sup>31</sup> Vidal C. & Benoit-Browaey D. (2005), *Ibid.*

reproductions sexuelles, mais aussi les fonctions alimentaires, de thermorégulation, de stress, de défense ou encore de rythme du sommeil. Son rôle est donc bien plus important et ne peut être réduit à l'unique comportement de reproduction sexuelle.

De ces premières remarques, il émerge deux axes d'étude du sexe du cerveau. L'une prenant comme objet privilégié d'étude l'imprégnation hormonale du cerveau *in utero* à des moments clés de sa genèse, et l'autre se basant sur l'étude de manière différentialiste de la morphologie de l'hypothalamus des cerveaux mâles et femelles. Dans ce sens, depuis les années 80, un grand nombre de recherches sont alors entreprises et publiées dans les revues scientifiques les plus prestigieuses. Ces travaux sont effectués selon deux méthodes : une méthode comparative avec l'étude de la morphologie de l'hypothalamus chez l'être humain homme et femme, et l'autre basée sur l'expérimentation sur l'animal. Chaque méthode espérant préciser un rôle majeur du cerveau dans le comportement sexuel mais aussi concernant l'orientation sexuelle et même l'identité sexuée.

### **2. 2. 1. L'hypothèse de l'imprégnation hormonale du cerveau et le modèle expérimental sur l'animal**

C'est ici que l'on trouve la théorie biologique de l'identité de genre de Milton Diamond<sup>32</sup>. Selon lui, l'identité de genre du cerveau se distingue du corps et des organes génitaux. Il attribue donc un rôle crucial au gène SRY et aux hormones qui vont sexualiser le cerveau. L'identité sexuelle est privée, interne et biologiquement déterminée. Elle est organisée durant la période prénatale par les forces génético-endocriniennes et se poursuit avec le développement de l'individu. Ainsi, l'enfant naît avec une prédisposition psychosexuelle biologique déterminée par l'héritage génético-endocrinien et une orientation vers certains schèmes et modèles sexuels et sexués. Mais en parallèle de cette identité sexuée biologique, l'enfant développe une identité de genre publique et sociale qui à la fois ne peut être indépendante du biologique mais sera tout de même modelée selon les mœurs sociales et culturelles et le degré de tolérance que ces dernières autorisent.

Ainsi, dans la continuité de cette théorie, les chercheurs étudient l'effet de l'injection d'hormones au niveau de l'hypothalamus sur le comportement sexuel animal. Il a ainsi été montré que chez les rats femelles qui reçoivent 5 jours après la naissance de la testostérone,

---

<sup>32</sup> Diamond M. (2000), *op. cit.*

## La sexuation

l'utérus ne se développe pas et qu'au niveau comportemental, ces rates montent sur les autres femelles pour copuler. Au contraire, le mâle castré à la naissance adopte le comportement féminin de lordose au moment de l'accouplement sauf si on leur injecte de la testostérone.

De manière plus spécifique au cerveau, il a été démontré que l'injection de stéroïdes *in utero* modifie le développement des cellules nerveuses de l'hypothalamus. Il y a une accélération de la croissance des fibres nerveuses<sup>33</sup>. Chez le rat adulte, une différence a été observée sur le noyau basal de la strie terminale, la BSTc (Bed Stria Terminalis)<sup>34</sup>. Le noyau est plus grand et comporte un nombre plus important de neurones chez le mâle que chez la femelle. Cette zone est aussi sexuellement dimorphique chez l'être humain et certains y voient un fondement de l'identité sexuée<sup>35</sup>. Toutefois, il est important de préciser que si chez le rat, le rôle de cette zone quant aux postures sexuelles est relativement bien identifié, son rôle n'est pas clairement identifié chez l'être humain et ce, d'autant plus que les chercheurs sont en général d'accord sur le fait qu'il n'y a pas de modèle animal de l'identité sexuée. Chez l'animal, seul le comportement sexuel peut être observé mais il est impossible de dire que l'animal se sent mâle ou femelle<sup>36</sup>, ceci relativisant les extrapolations à l'être humain.

Autre élément critique concernant ces travaux sur l'imprégnation hormonale par injection, une autre expérience a été réalisée et obtient des résultats différents sur des femelles guenons macaques rhésus<sup>37</sup> qui sont plus proches de l'être humain que les rats. L'androgénéisation *in utero* de ces petites femelles a été faite soit précocement entre 40 et 60 jours de gestation, soit tardivement entre 115 et 139 jours. Or, comme chez les rats, une transformation comportementale apparaît mais aucune de ces femelles n'est totalement transformée. Les femelles tardivement androgénéisées, comme les femelles de gestation normale, ne montent pas la mère, ne préfèrent pas les jeux avec les mâles, et toiletent leur mère. Par contre, elles montent les pairs et se bagarrent comme les mâles. Pour leur part, les femelles précocement androgénéisées ont en commun avec les mâles de monter la mère et les

---

<sup>33</sup> Arnold A. P., Gorski R. A. (1984), Gonadal steroid induction of structural sex differences in the central nervous system, *Annal review of neuroscience*, 7, 413-442.

<sup>34</sup> Hines M., Allen L. S., Gorski R. A. (1992), Sex differences in subregions of medial nucleus of amygdale and the bed of stria terminalis of rat, *Brain research*, 579, 321-326.

<sup>35</sup> Zhou J.-N. & al. (1995), A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality, *Nature*, 377, 6552, 68-70.

<sup>36</sup> Chiland C. (2003b), Nouveaux propos sur la construction de l'identité sexuée, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 33, 105-122.

<sup>37</sup> Goy R. W., Berkovitch F. B., McBair M. C. (1988), Behavioral masculinisation is independent of genital masculinisation in prenatally androgenised female rhesus macaques, *Hormones and behavior*, 22, 552-571.

pairs femelles, et de ne pas toiletter leur mère, mais elles ne se bagarrent pas, ne préfèrent pas le jeu avec les mâles contrairement aux petits mâles.

Enfin, il est aussi important de préciser que seules les femelles androgénisées de façon précoce subissent une virilisation des organes génitaux externes et que suite à cela, le comportement de leur mère est comparable à celui des mères de petits mâles, ce qui semble laisser une place à l'acquis.

Ainsi, que ce soit chez les femelles précocement ou tardivement masculinisées, le comportement n'est pas dans aucun cas totalement masculin.

### **2. 2. 2. L'étude comparative des noyaux hypothalamiques chez l'être humain**

En 1985, une équipe de chercheurs hollandais<sup>38</sup> publie un article rendant compte d'une différence morphologique du noyau interstitiel de l'hypothalamus antérieur INAH1 chez l'homme et la femme. Dans ce noyau, le volume et le nombre de neurones sont plus importants chez l'homme que chez la femme. Par la suite, il a été mis en évidence des différences d'autres noyaux interstitiels de l'hypothalamus, le INAH2 et INAH3. Or, ces découvertes qui ont connu un grand succès méritent toutefois, si ce n'est une certaine réserve, au moins une grande précaution. Premièrement, la fonction de chacun de ces noyaux n'est pas connue à ce jour et certains articles présentent des conclusions en passant par des déductions et des interprétations parfois très extrapolées. A titre d'exemple, les travaux de Levay<sup>39</sup> mettant en rapport la taille du noyau INAH3 (noyau de moins d'1mm) et l'homosexualité ont été énormément repris et cités en référence alors qu'ils présentent de sérieux problèmes méthodologiques. En effet, Levay a étudié la taille de ce noyau sur des cerveaux post mortem d'hommes et de femmes hétérosexuels et d'hommes homosexuels. Or, premièrement, Levay n'a fait cette étude que sur un petit nombre de cerveaux et n'a pas pris en compte certaines variables de la vie des personnes ayant pu avoir une influence sur ces cerveaux. Mais de plus, ses résultats selon lesquels, l'attirance sexuelle serait déterminée par la taille du noyau car les homosexuels auraient un noyau INAH3 de taille similaire à celui des femmes, sont obtenus par moyennage et ne rendent dès lors pas compte des variabilités individuelles. Ainsi, selon

---

<sup>38</sup> Swaab D. F., Flysers E. (1985), A sexually dimorphic nucleus in the human brain, *Science*, 228, 1112-1115.

<sup>39</sup> Levay S. (1991), A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men, *Science*, 253, 1034-1037.

## La sexualité

C. Vidal<sup>40</sup>, il y a plus de différence entre les individus de même sexe qu'entre les hommes et les femmes. L'observation de Levay n'est qu'une illusion de corrélation qui disparaît quand on travaille sur un échantillon plus grand et sur la variation intragroupe et non intergroupe. Concrètement, une femme peut avoir un INAH3 de taille importante, similaire à celle des hommes sans avoir d'attraction homosexuelle ou se sentir masculine. Un homme peut avoir des attractions homosexuelles et avoir un INAH3 de taille importante. Tout comme un autre homme peut être attiré par les femmes et avoir un noyau de taille réduite.

### 2. 2. 3. Critiques neurobiologiques du cerveau sexué

L'être humain pour de multiples raisons n'est pas assujéti au facteur hormonal de la même manière que les autres mammifères (C. Vidal<sup>41</sup>). C'est entre autre pour cette raison que contrairement aux autres mammifères, chez l'humain la sexualité se distingue de la reproduction et qu'il ne connaît donc pas de période de rut. Le modèle animal rencontre donc des limites tant dans l'extrapolation de résultats d'un mammifère à un autre, de l'animal à l'être humain, que dans la possibilité d'investiguer des sujets aussi complexes que l'identité.

Tout d'abord, le rôle de l'hypothalamus est moins important chez l'être humain qui comparé aux autres mammifères, a un cortex préfrontal plus développé qui lui permet des opérations cognitives supérieures et qui supervise l'organisation de ses comportements et les intègre dans un contexte individuel où ils prennent « sens ». Or, comme il l'est dit ci-dessus, l'hypothalamus est la région du cerveau comportant le plus grand nombre de récepteurs mais le cortex est la région en comportant le moins, d'où une hypothèse explicative de la spécificité de la sexualité humaine et une remise en cause du rôle primordial et déterminant (bien que encore mal défini) de l'hypothalamus et de ses noyaux dans la sexualité et l'identité sexuée de l'être humain.

De plus, l'hypothèse de l'imprégnation hormonale *in utero* peut être observée et invalidée par l'observation des filles souffrant d'hyperplasie congénitale des surrénales. La petite fille a des chromosomes XX, un utérus, des ovaires mais ces organes génitaux externes sont ambigus du fait d'une hypertrophie du clitoris pouvant être confondue avec un pénis hypospade. Si le diagnostic est fait et que la jeune fille est élevée en fille, on observe souvent

---

<sup>40</sup> Vidal C. (1996), *op. cit.*

<sup>41</sup> Vidal C. (2007), *op. cit.*

des comportements de « garçon manqué » et les désirs homosexuels seraient plus fréquents chez ces filles. Cependant, il n'y a pas de refus d'être fille. L'imprégnation hormonale anormale subie par ces filles n'a pas d'effet sur l'identité sexuée<sup>42</sup>.

### 2. 2. 4. Procès de la psychanalyse par le sexe du cerveau : une critique particulière

D'autre part, il est intéressant de citer les points de vue opposés de deux neurobiologistes spécialistes de la question du sexe du cerveau sur la psychanalyse ce qui permet de se rendre compte que le débat sur le cerveau dépasse la simple recherche scientifique en neurobiologie et souligne qu'il reste une part d'interprétation. Levay<sup>43</sup> confie qu'en tant que neurobiologiste, il ne s'intéressait pas au sexe du cerveau et qu'il croyait à l'origine à la théorie freudienne du développement psychosexuel. Ce n'est que dans un second temps qu'il a commencé à avoir des doutes et qu'il a changé d'avis notamment parce que les personnes homosexuelles qu'il rencontrait étaient des gens « normaux » et qu'il ne pouvait dès lors plus accepter l'idée que l'homosexualité résulterait d'une relation défectueuse aux parents. Il est important de souligner les aprioris de ce cheminement. L'idée que l'homosexualité résulterait des rapports aux parents est différente de la conception d'une relation fantasmatique aux parents. De même, la notion péjorative de défectuosité dans la relation et l'étiquette d'anormalité sont ajoutées par Levay et attribuées à la psychanalyse. Que l'homosexualité comme l'hétérosexualité découle de la relation fantasmatique aux parents n'induit ni que l'homosexualité soit anormale, ni que la relation aux parents soit défectueuse. Partant de ces aprioris sur la psychanalyse très certainement influencé par les anciens débats houleux concernant le retrait de l'homosexualité du DSM et des conceptions de l'homosexualité comme pathologique<sup>44</sup>, Levay avait donc comme objectif louable de défendre l'homosexualité en trouvant une origine organique. Cependant recourir à l'organicité pour invalider la psychogénèse de ceux qui pathologisent l'homosexualité, ne peut être totalement satisfaisant et l'on ne peut omettre que l'assimilation de l'organique au naturel et au normal n'est qu'un raccourci. En effet, a contrario, un tel postulat induit l'idée erronée que ce qui n'est pas organique - ce qui est psychologique - ne serait ni naturel, ni normal, ni même vrai.

---

<sup>42</sup> Chiland C. (2003b), *op. cit.*

<sup>43</sup> Levay S. (1993), *The sexual brain*, Cambridge, MIT Press.

<sup>44</sup> Ce débat sera présenté plus en détail dans la suite de ce travail.

## La sexuation

A l'opposée, C. Vidal<sup>45</sup>, neurobiologiste française, reste critique non pas sur l'importance du cerveau et sur les avancées concernant son étude mais sur le point de vue déterministe trop prononcé de certains travaux. Selon elle, les progrès en neurobiologie ont permis de mieux comprendre les mécanismes de cet organe siège de la pensée. Toutefois, malgré ceux-ci, cette science ne pourra pas répondre à la question du « contenu » de la pensée humaine qui n'est pas de son ressort mais de celui des sciences humaines dont la psychanalyse avec la causalité psychique, et non uniquement des neurosciences, citant et prenant même comme référence sur ce point *La causalité psychique : entre nature et culture* d'A. Green<sup>46</sup>.

De plus, elle relativise les travaux précédemment cités. D'une part, le point de vue déterministe et le sens assigné à chaque noyau de l'hypothalamus sont très extrapolés. On ne connaît pas le rôle précis de ces noyaux. Et ce rôle ne peut être isolé du reste du cerveau. D'autre part, ces travaux sont très, voire trop, orientés vers la différence cérébrale entre les sexes au point de ne pas se rendre compte que certaines observations relèvent plutôt de différences interindividuelles. Par exemple, concernant l'étude de l'équipe hollandaise, C. Vidal précise que certains hommes ont un petit volume et un petit nombre de cellule au niveau du noyau INAH1<sup>47</sup> et n'ont pas de trouble de l'identité sexuée. De même, certaines femmes ont un noyau plus important avec une densité neuronale plus élevée sans remettre en cause leur féminité.

Ainsi, pour C. Vidal, la psychanalyse est nécessaire pour compléter le savoir des neurosciences alors que pour Levay, les études en neurobiologie permettent d'affirmer selon lui la normalité de l'homosexualité que la psychanalyse étiquetterait comme pathologique.

### **3. La distinction sexe/genre : nouveau concept et glissement théorique**

Aux Etats-Unis, l'introduction de la notion de genre, il y a plus de 50 ans, a été une véritable révolution de l'étude de la différence des sexes. Grâce à ce terme défini comme un sexe psychosocial, les caractères masculins/féminins acquièrent une certaine indépendance par rapport au sexe mâle ou femelle limité au biologique. Cette distinction entre le sexe et le

---

<sup>45</sup> Vidal C. (1996), *op. cit.*

<sup>46</sup> Green A. (1995), *La causalité psychique : entre nature et culture*, Paris, Odile Jacob.

<sup>47</sup> Swaab D. P., Flyers E. (1985), *op. cit.*

genre entraîne un nouveau développement de l'étude de la différence des sexes dès lors conçue non uniquement selon le modèle binaire homme/femme mais selon deux catégories, ou dimensions : biologique et psychosociale. Cette nouvelle dichotomie permet d'entrevoir une certaine indépendance entre le sexe et le genre ce qui permet de rendre compte de la présence d'éléments féminins chez l'homme et d'éléments masculins chez la femme.

Dans les pays anglophones, le genre et sa distinction du sexe ont connu un grand succès et se sont imposés dans toutes les disciplines quelques soient les domaines, les approches ou les milieux. Ils sont devenus universels. Or, il est impossible de ne pas constater que corrélativement à cette expansion du recours au terme de genre, celui-ci a subi des modifications jusqu'à prendre des sens très différents, voire opposés, selon les auteurs.

Pour en rendre compte, après une première partie présentant l'origine de la notion de genre, il sera exposé les modèles qui en ont découlé dans différents domaines.

### **3. 1. John Money : la primauté du genre psychosocial sur le sexe biologique**

La notion de genre et sa distinction du sexe émergent en 1955 à partir des travaux de John Money<sup>48</sup>. Ce psychologue américain prend en charge des enfants souffrant d'ambiguïtés des organes génitaux au service d'endocrinologie pédiatrique du John Hopkins Hospital de Baltimore. Succinctement, certains enfants présentant une ambiguïté des organes génitaux ont été, par erreur, selon l'apparence de leurs organes génitaux, assignés et élevés dans le sexe opposé à leur sexe chromosomique. Lors de ces consultations, J. Money constate qu'une grande majorité de ces enfants (100 sur 105 en 1957<sup>49</sup>) adopte les rôles et comportements du sexe dans lequel ils ont été éduqués et cela même si ceux-ci sont en contradiction avec leur sexe biologique. Pour J. Money, ces observations démontrent que ce qu'il nomme le rôle de genre n'est pas inné. Au contraire, ce serait une empreinte psychologique construite puis acquise par l'apprentissage et l'expérience.

---

<sup>48</sup> Money J. Hampson J. G. & Hampson J. L. (1955), Hermaphroditism : Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management, *Bulletin of John Hopkins Hospital*, 97, 284-300.

<sup>49</sup> Money J., Hampson J. G. & Hampson J. L. (1957), Imprinting and the establishment of gender role, *Archives of neurology and psychiatry*, 77, 333-336.



## La sexuation

Partant de cette première constatation, J. Money propose de distinguer le sexe biologique du rôle de genre qui relèverait du psychologique et du social. Le sexe renverrait donc à la distinction mâle/femelle alors que le genre concernerait le masculin/féminin. Le sexe serait inné. Le genre serait acquis. Selon J. Money, le rôle de genre se définit par :

*« ...tout ce qu'une personne dit ou fait pour révéler son statut de garçon ou d'homme, de fille ou de femme. Ce qui inclut, sans y être restreint, la sexualité au sens de l'érotisme. Un rôle de genre n'est pas établi à la naissance, mais est construit cumulativement à travers l'apprentissage occasionnel et non planifié, à travers l'instruction explicite et l'inculcation, en mettant spontanément deux et deux ensemble pour faire parfois quatre, et parfois de manière erroné cinq. En bref, un rôle de genre s'installe largement de la même manière que la langue maternelle ».*<sup>50</sup>

Il est important, pour être plus précis, de s'attarder sur cette analogie faite entre l'acquisition du rôle de genre et celle de la langue maternelle. Comme la langue maternelle, l'apprentissage du rôle de genre nécessite à la fois des structures corporelles et un apport culturel. Lors de cet apprentissage, il peut y avoir des erreurs qui font que le rôle de genre et le sexe sont différents. Dès lors, le rôle de genre peut prendre le dessus sur le sexe biologique à condition que les parents élèvent l'enfant avec conviction dans le genre qui lui a été assigné à sa naissance. Cette dernière remarque étant la conclusion directe des observations d'enfants souffrant d'ambiguïtés des organes génitaux que J. Money suit au service d'endocrinologie pédiatrique.

A partir de cette expérience, J. Money élabore un protocole de prise en charge des enfants souffrant d'ambiguïtés des organes génitaux. Il propose aux parents de réassigner l'enfant dans le genre le plus crédible selon l'apparence des organes génitaux et les possibilités d'interventions médicales. Ce protocole comprenait un traitement hormonal et des interventions chirurgicales visant à rendre le corps le plus conforme au genre assigné.

Du point de vue hormonal et chirurgical, l'objectif est d'aboutir à un sexe optimal. Ces interventions sont prescrites le plus tôt possible pour aider les parents, l'enfant mais aussi l'entourage à investir le sexe assigné. Et il faut signaler que cette pratique avait pour défaut que le choix de l'assignation était majoritairement fait dans le sens du sexe féminin du fait

---

<sup>50</sup> Money J. (1955), *op. cit.*, p. 285.

que la création chirurgicale d'un néovagin est mieux maîtrisée et plus plausible que celle d'un néopénis.

Du point de vue de l'apprentissage, J. Money insiste sur la nécessité que les parents élèvent leur enfant dans la conviction la plus totale quant à son genre et surtout qu'ils gardent le secret concernant l'ambiguïté génitale présente à la naissance jusqu'à ce que l'enfant ait acquis un rôle de genre stable et puisse dès lors entendre la vérité concernant cette anomalie de naissance sans pour autant remettre en question son appartenance au genre assigné.

De nos jours, J. Money et son protocole de prise en charge sont vivement critiqués. D'un point de vue théorique, Milton Diamond, déjà cité ci-dessus, est un de ces opposants les plus farouches. Selon M. Diamond<sup>51</sup>, le rôle de genre ne peut pas ne pas être d'origine organique. Du point de vue thérapeutique, le protocole de Money est accusé d'être un conditionnement normatif et surtout d'être une mutilation.

Un des arguments majeurs de ces détracteurs et de M. Diamond<sup>52</sup> à l'encontre de J. Money est le cas David Reimer, patient de J. Money dont l'assignation du genre a échoué. Toutefois, il convient pour être précis de présenter les particularités de ce cas. Ce petit garçon à l'origine nommé Brandon ne présentait à sa naissance aucune ambiguïté des organes génitaux. Il est né en bonne santé avec un frère jumeau. C'est à l'âge de 8 mois, suite à une erreur chirurgicale lors de sa circoncision qu'il a subi une ablation du pénis très endommagé. Les parents traumatisés par cet événement tragique ont alors entendu parler du protocole de prise en charge du service du John Hopkins Hospital. Alors que l'enfant avait 22 mois, J. Money leur proposa de réassigner Brandon dans le genre féminin jugeant que le pronostic serait meilleur que de vivre en tant qu'homme sans pénis. Dans ce contexte très particulier, l'assignation de Brandon en Brenda fut un échec. L'enfant ne se sentait pas féminine et vivait très mal son suivi par J. Money. A l'âge de treize ans, « elle » présenta des signes de dépression sévère avec des idées suicidaires. Elle dit à ses parents qu'elle se suiciderait s'ils l'obligeaient à retourner voir J. Money. A quinze ans, ses parents en accord avec l'équipe qui suivait Brenda lui révélèrent l'histoire de son assignation au genre féminin. Brenda choisit alors de redevenir un garçon et choisit le nom de David.

---

<sup>51</sup> Diamond M. (2000), *op. cit.*

<sup>52</sup> Diamond M. & Sigmundson H. K. (1997), Sex reassignment at birth: A long term review and clinical implications, *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 151, 298-304.

## La sexuation

Par la prise en charge de cet enfant, J. Money pensait alors avoir démontré que même en cas d'absence d'ambiguïté sexuelle, l'apprentissage du rôle de genre primait sur le sexe biologique. Or, l'aboutissement de celle-ci allait à l'encontre de sa théorie du rôle de genre et cette assignation a été un échec avec de graves conséquences sur la vie du patient.

A l'âge de 30 ans, David rencontra Milton Diamond<sup>53</sup> qui publia un article rendant compte de cet échec. Selon ce dernier, cet échec était la preuve que la théorie de Money est fautive. Selon lui, la masculinité de David est expliquée par la présence du gène Y et cette masculinité persistante malgré l'apprentissage confirme l'importance de la force du biologique génético-endocrinien. M. Diamond remet donc en cause le protocole de prise en charge de J. Money basé sur l'apprentissage et l'objectif d'un sexe optimal. Partisan du déterminisme biologique, il propose dès lors de prendre comme indicateur la masculinisation induite par la présence du chromosome Y, pour aller dans le sens d'un genre masculin au moment de l'assignation du sexe.

La publication de cet échec fit un scandale et jeta le discrédit sur l'intégralité des travaux de J. Money, ce qu'il faut tout de même relativiser. En effet, la tentative d'assignation par J. Money a eu lieu dans un contexte très particulier avec premièrement, l'origine de la destruction du pénis du nouveau-né par accident chirurgical ce qui a certainement eu un impact important sur l'enfant et ses parents. De même, David avait un frère jumeau. Le conseil de J. Money d'élever l'enfant le plus normalement possible et dans le secret jusqu'à ce qu'il soit en âge de comprendre, a donc été prescrit dans un contexte différent des prises en charge habituelles d'enfants souffrant d'ambiguïté des organes génitaux.

De plus, hormis le débat sur ce protocole et le fait que cette assignation ait échoué alors que d'autres auraient réussi, il faut distinguer le travail de recherche et ses conclusions du protocole de prise en charge qui en a découlé. Premièrement, les critiques et les conclusions de M. Diamond allant dans le sens du déterminisme biologique de la masculinité de David sont très extrapolées voire surfaites. Avec le cas de David, M. Diamond n'a rien démontré. Il a déduit et conclu. La masculinité de David peut être expliquée par d'autres éléments. Le savoir médical se voulant une vérité du genre de J. Money a simplement été troqué contre celui de M. Diamond. Or, la seule vérité est l'échec de l'assignation du genre de

---

<sup>53</sup> Diamond M. & Sigmundson H. K. (1997), *Ibid.*

David. Cette vérité se situe en-dehors du savoir médical tel – malgré leurs différences - le fameux cas d'Herculine Barbin analysé par M. Foucault, véritable paradigme de la fabrique du corps sexué comme l'expose L. Laufer<sup>54</sup>. Pour aller plus loin concernant cette opposition entre J. Money et M. Diamond, nous pouvons renvoyer aux travaux de C. Kraus, « Etudes critiques du cerveau sexué »<sup>55</sup> et la bicatégorisation du sexe à l'épreuve des sciences<sup>56</sup>.

D'autre part, il faut différencier le protocole de J. Money de ses premières constatations issues de son expérience en service d'endocrinologie pédiatrique. Ces dernières se rencontrent même en dehors du protocole thérapeutique notamment dans les cas où la personne découvre son intersexuation tardivement. Par exemple, chez la jeune fille se découvrant pseudohermaphrodite masculin lors de l'adolescence, suite à une consultation pour aménorrhée primaire qui révèle un développement anormal du vagin et l'absence d'organes internes, l'identité féminine n'est pas remise en question par celle-ci.

Enfin, avant d'aborder l'approche sociopolitique du genre, on ne peut omettre de citer dans la continuité des travaux de J. Money sur le rôle de genre psychosocial (bien qu'ils s'en démarquent), les travaux issus de la psychologie sociale et de l'approche cognitivo-comportementale dont :

- la théorie comportementale de l'apprentissage social par imitation,
- les théories cognitives de la constance de genre et de l'acquisition de schémas de genre qui octroient un rôle primordial au développement cognitif dans l'acquisition du genre,
- ainsi que le modèle sociocognitif qui pour sa part met l'accent sur l'interaction entre les processus cognitifs et l'influence sociale.

Pour ne pas alourdir ce travail, ni glisser vers un paradigme trop éloigné du thème de cette recherche, ces travaux ne seront pas ici présentés plus en détails. En effet, bien qu'intéressants, les travaux et modèles issus de ces paradigmes de par la mise en avant de l'éducation, de l'interaction sociale et des processus cognitifs pour expliquer l'acquisition de

---

<sup>54</sup> Laufer L. (2010), La fabrique du corps sexué, *Recherches en psychanalyse*, 2, (n° 10), p. 231-241.

<sup>55</sup> Kraus C. (2013), Études critiques du cerveau sexué, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3, Vol. 7, n° 3, 693-716.

<sup>56</sup> Kraus C. (2000), La bicatégorisation par «sexe» à l'épreuve de la science : le cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les humains in Gardey D. & Löwy I., *L'Invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Editions des archives contemporaines/ Histoire des sciences, des techniques et de la médecine, 187-213.

## La sexualité

rôles de genre aboutissent à l'évincement du genre lui-même, rendant au final compte de modèles d'acquisition de rôles quels qu'ils soient, et non uniquement du genre. De même, ces modèles d'acquisition de rôles ne permettent pas d'appréhender et de rendre compte d'un phénomène aussi profondément psychique que l'identité sexuée du fait qu'ils relayent au second plan (voire délaissent) la dimension affective ainsi que le vécu subjectif et personnel de l'identité. Ainsi, il conviendrait mieux de considérer les résultats issus de ces approches tels des données d'un champ annexe rendant compte de facteurs pouvant avoir une influence sur la sexualité et l'identité sexuée plutôt que pouvant les déterminer. Toutefois, à titre indicatif, nous tenons à citer et à recommander pour une présentation plus approfondie de ces travaux, l'ouvrage de Rouyer<sup>57</sup> qui en comporte une synthèse concise et précise.

### 3. 2. *Les réflexions sociales et politiques*

Présenter ce tournant n'est pas une tâche aisée. Le sexe est ici mis de côté et le genre passe au premier plan. Il y a à la fois un tournant et un vaste élargissement du recours à la notion de genre qui se font à la fois dans deux milieux : universitaires et militants mais aussi dans deux mouvements : féministe et *gay et lesbien*<sup>58</sup>. Ainsi, avant de présenter les travaux de Judith Butler qui sont la référence incontournable de cette approche sociopolitique, il semble pertinent de présenter le contexte qui précède l'écriture de son œuvre majeure, *Trouble dans le genre*<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Rouyer V. (2007), *La construction de l'identité sexuée*, Paris, Armand Colin.

<sup>58</sup> Il est préférable d'utiliser les termes gay et lesbien plutôt qu'homosexuel car la dénomination gay et lesbien correspond à celle du mouvement social et non à l'unique orientation sexuelle.

<sup>59</sup> Butler J. (1990), *Gender trouble : feminism and subversion of identity*, New York & London, trad. franç., *Trouble dans le genre : féminisme et subversion de l'identité*, Paris, La Découverte, 2005.

### 3. 2. 1. Brève présentation historique des mouvements sociopolitiques du genre

La multiplication des terrains et des mouvements nommés ci-dessus amène à une vague de séparatisme au sein de chaque mouvement<sup>60</sup>.

#### 3. 2. 1. 1. Première séparation : *scission entre les féministes et la communauté gay et lesbien*

La première rupture concerne le mouvement féministe. Durant les années 70-80, aux Etats Unis, une partie conservatrice des féministes rejette les lesbiennes et les transsexuels en les accusant de reproduire et/ou de coopérer avec la domination de l'homme sur la femme. Sont montrées du doigt les entités butch<sup>61</sup> - lesbiennes viriles dites camionneuses - et fem<sup>62</sup> - lesbiennes à la féminité exacerbée - qui forment, selon ces conservatrices, une caricature du couple hétérosexuel. De même, les transsexuels homme vers femme sont exclus car n'étant pas considérés comme des femmes, et les transsexuels femmes vers hommes parce que souhaitant devenir des hommes, l'un comme l'autre ne pouvant dès lors comprendre ou défendre la cause féministe.

Dans le même temps, des féministes lesbiennes rompent avec ce mouvement conservateur en lui reprochant son hétéronormativité qui ferait obstacle à la libération des femmes. La femme ne pourrait se défaire de la domination de l'homme tant qu'elle restera dans l'hétérosexualité qui plus qu'une attirance devient un modèle, un schéma dans lequel la femme est soumise à l'homme. Cette idée étant résumée par le fameux quasi syllogisme de Wittig : « *la femme n'a de sens que dans les systèmes de pensée et les systèmes économiques hétérosexuels. Les lesbiennes ne sont pas des femmes.* »<sup>63</sup> C'est la naissance des *gender studies*.

---

<sup>60</sup> Califia P. (1997), Retour de manivelle : la transphobie chez les féministes in *Sex Changes, The Politics of Transgenderism*, San Francisco, Cleis, trad. franc., *Le mouvement transgenre, changer de sexe*, 123-169, 2003.

<sup>61</sup> Boucher en anglais.

<sup>62</sup> Dérivée en anglais du mot « femme » français.

<sup>63</sup> Wittig M. (1973), *Le corps lesbien*, Paris, Minuit, p76.

## La sexuation

### 3. 2. 1. 2. *Seconde séparation : scission interne au mouvement gay et lesbien et émergence du mouvement queer*

La seconde scission a lieu dans le mouvement gay et lesbien, dans les années 80-90 lors des années sida et de l'émergence d'Act-up.

Toujours aux Etats Unis, une partie de la communauté homosexuelle défavorisée et exclue - majoritairement des femmes, lesbiennes, chômeuses et issues de minorités ethniques - se désolidarise du mouvement collectif d'affirmation identitaire.

C'est l'apparition de la revendication *queer* en opposition au *straight*, affirmation des minorités contre le mouvement collectif gay et lesbien accusé de s'embourgeoiser, de délaisser les minorités exclues et de reposer les bases d'un modèle d'intégration et de normalisation de l'homosexualité se référant au modèle hétérosexuel de la classe moyenne supérieure blanche.

La nomination *queer* qui signifie bizarre et qui était à l'origine utilisée comme insulte à l'encontre des personnes gay et lesbien, est revendiquée pour se confronter au *straight* signifiant droit, bon, normal, sain, dès lors devenu le terme pour désigner ironiquement l'hétérosexualité normative. De même, il se produit une séparation, bien qu'elle ne soit pas totale, entre les scènes militantes et universitaires.

Les champs d'investigations sont volontairement flous et pluriels car anti-identitaires. Seul l'objectif semble clairement défini à savoir bousculer les frontières établies entre homme et femme par les recours à la déconstruction et à l'activisme.

### 3. 2. 2. **Judith Butler : la mélancolie de genre entre psychanalyse et politique**

C'est dans ce contexte revendicatif et séparatiste qu'est publié *Trouble dans le genre : le féminisme et la subversion de l'identité*<sup>64</sup>, l'œuvre majeure de Judith Butler. J. Butler est une philosophe, professeur de rhétorique et de littérature comparée à l'université de Berkeley. A ce jour, elle est l'une des figures les plus importantes et emblématiques de la théorie *queer* et des *gender studies*. Ses travaux sur le genre sont particulièrement novateurs tant d'un point

---

<sup>64</sup> Butler J. (1990), *op. cit.*

de vue théorique que dans leur perspective d'analyse du lien entre la formation de la psyché et l'ordre politique et social.

Dans *Trouble dans le genre*, J. Butler procède à une déconstruction du genre avec des références psychanalytiques. Selon elle, la psyché se forme par l'intériorisation des normes et le genre serait la traduction culturelle de l'hétérosexualité obligatoire, fondement d'une identité normative. De même, le genre crée le corps érogène et ses désirs érotiques.

Plaçant les normes sociales au premier plan, J. Butler postule qu'un *tabou de l'homosexualité* précéderait le tabou de l'inceste et situe donc le conflit entre l'individu et la société. L'homosexualité prohibée entraîne une exclusion sociale qui par transposition induit une exclusion normative du rapport au parent du même sexe, point de départ de la genèse de la mauvaise conscience.

A partir de ce tabou, le genre agirait sur l'individu telle une mélancolie et l'ontogenèse du soi passerait par une mélancolie de genre.

A la différence du travail de deuil qui par le processus d'introjection permet un réaménagement et le réinvestissement du désir dans un nouvel objet à aimer, dans la mélancolie, l'incorporation situe l'objet perdu dans le corps et entraîne une disparition de la conscience du sujet. Dans la mélancolie, le désir est perdu avec l'objet. La perte concerne l'objet et le but de la pulsion. Le désir tout entier disparaît avec l'objet. Cette perte amène une fixation de la pensée dans laquelle le renoncement et le réaménagement deviennent impossibles.

Dans la mélancolie de genre, en réaction au tabou de l'homosexualité, le sujet serait amputé d'une partie érogène de son corps et perdrait avec celle-ci le désir érotique homosexuel.

Parce que, pour J. Butler, le genre et l'identité se constituent par des actes, la libération de la mélancolie de genre peut se faire par des actes. Il faut défaire le genre par la capacité d'agir (*agency*). Il faut exprimer son identité personnelle par les actes. Le genre est une mascarade, un jeu au sens théâtral et peut donc être rejoué et surtout dépassé en le parodiant. Il relève de la performativité : « l'énoncé crée la chose ». Ainsi, selon elle, le travesti porte le deuil du genre mais aussi dévoile la possibilité de lui échapper et de dépasser les frontières faussement binaires induites par l'hétérosexualité. La dérision par le travestissement montre



## La sexuation

que le genre n'existe pas en-dehors de la répétition. Toutefois, J. Butler met de côté que la valeur performative d'un énoncé dépend du contexte, du locuteur et du destinataire.

### 3. 2. 3. Critique de la théorie de J. Butler

Bien que la mélancolie de genre semble cohérente et correctement structurée, cette théorie de J. Butler conserve des zones d'ombre. Il est nécessaire de revenir sur des points essentiels que sont la définition du genre, le postulat d'un tabou « premier » de l'homosexualité, sur l'usage de la mélancolie et sur la référence plus ambiguë qu'ambivalente à la psychanalyse.

#### 3. 2. 3. 1. La définition du genre

Sa conception du genre n'est pas clairement définie. Comme le rapporte Monique David-Ménard<sup>65</sup>, après s'être entretenue avec J. Butler, dans *Trouble dans le genre*, le genre veut à la fois dire sexe et genre. J. Butler relativise même la nécessité de cette distinction<sup>66</sup> car selon elle, le sexe serait lui aussi une construction culturelle à laquelle on octroie de manière erronée une immuabilité. Cette définition trop vague du concept central peut être constatée dans *Défaire le genre*. Dans le chapitre, *La fin de la différence sexuelle*<sup>67</sup>, J. Butler constate le succès et l'expansion du recours à la notion de genre. Mais comme en contrepartie, elle est aussi confrontée à la torsion du concept selon les groupes et institutions qui y ont recours en tant que signifiant politique, ce qu'elle constate lors de la conférence de l'ONU sur le statut des femmes organisée à Beijing en 1995. Lors de celle-ci, les différents intervenants que sont les membres de la commission de l'ONU, les féministes, les partisans de la *queer theory* et les représentants du Vatican (qui pour leur part s'opposaient à l'utilisation du genre lors de cette conférence) n'avaient pas la même conception du genre et ne lui accordaient dès lors pas le même intérêt.

---

<sup>65</sup> David-Ménard M., L'intérêt pour la psychanalyse dans les travaux de Judith Butler : entretien avec Livio Boni in *Revue mondiale des francophonies* [texte en ligne].

<http://mondesfrancophones.com/espaces/psyches/linteret-pour-la-psychanalyse-dans-les-travaux-de-judith-butler-entretien-avec-livio-boni/>

(page créée 19 novembre 2007, consultée le 12 novembre 2010 ).

<sup>66</sup> Butler J. (1990), *op. cit.*, p. 69.

<sup>67</sup> Butler J. (2004a), *La fin de la différence sexuelle* in *Undoing gender*, New York and London, Routledge, trad. franç., *Défaire le genre*, Paris, Editions Amsterdam, 2006, 201-231.

Ainsi, les *queer studies* s'intéressent au sexe et à la sexualité à travers des études gays et lesbiens et considèrent le genre comme relevant de l'étude de la condition de la femme et donc du féminisme mais non comme un objet d'étude pour la *queer theory*.

Pour leur part, les féministes privilégient la différence sexuelle car le genre construit socialement ne conviendrait pas pour rendre compte de la spécificité politique du féminin qui doit être défendu et non défait avec le genre.

Pour les membres du Vatican, il est synonyme de sexualité identitaire renvoyant au masculin, féminin, gay, lesbien et transsexuel.

Alors que pour la commission de l'ONU, le genre en tant que construction sociale est à prendre en considération dans les rôles et le statut des hommes et des femmes notamment concernant l'autonomie et les acquis obtenus par ces dernières.

Ainsi parallèlement à l'augmentation de son utilisation, le concept de genre devient de plus en plus difficile à cerner et à définir.

### 3. 2. 3. 2. *Le tabou de l'homosexualité*

J. Butler oblige ici à glisser vers le sujet proche mais différent du transsexualisme, qu'est l'homosexualité. Son exposé de cette dernière en tant que tabou précédant celui de l'inceste est très intéressant. Mais la référence à la psychanalyse dans son exposé n'est pas toujours claire. Elle s'y réfère parfois pour l'accuser - proclamant que la psychanalyse perpétue le tabou de l'homosexualité - et parfois comme point de départ théorique accepté pour expliquer ce dernier. Le lecteur peut alors être dans une confusion entre un point de vue politique opposé à la psychanalyse et un autre l'acceptant comme base de sa réflexion. Ce travail de recherche portant sur le transsexualisme, il n'est pas possible ici trop s'étendre sur la controverse concernant la place de l'homosexualité dans l'histoire et la théorie psychanalytique mais l'on peut citer à ce sujet l'entretien de Roudinesco par F. Pommier<sup>68</sup> qui rend particulièrement compte de la complexité de l'entremêlement de ces deux aspects historique et théorique autour de l'homosexualité depuis la naissance même de la psychanalyse.

---

<sup>68</sup> Roudinesco E. (2002), Psychanalyse et homosexualité : réflexions sur le désir pervers, l'injure et la fonction paternelle, entretien avec François Pommier, *Cliniques méditerranéennes*, 65, 7-34.

## La sexualité

Toutefois, le tabou de l'homosexualité dans la théorie de J. Butler est avant tout sociopolitique et se réfère surtout aux points de vue féministe et *gays et lesbiens*, avant même sa référence théorique à la psychanalyse. Or, au niveau théorique, il en résulte un certain décalage lors du retour à la dyade mère/bébé. Premièrement, le tabou de l'homosexualité de J. Butler est fondé et est cohérent avec le développement de la petite fille dans son rapport à sa mère, ce que J. Butler nomme l'homo-attachement originaire. Cependant, la question de l'application au garçon de cet homo-attachement et donc du tabou de l'homosexualité et par ricochet de la mélancolie de genre reste en suspens, à approfondir.

De plus, le tabou de l'homosexualité implique que l'enfant prenne en compte le sexe de l'objet, du parent. Ceci n'est pas compatible avec le point de vue génétique de la psychanalyse selon lequel, il ne peut y avoir homosexualité qu'après l'œdipe. Les premiers amours précœdipiens et la sexualité infantile ne peuvent être confondus avec l'homosexualité. De même, J. Butler ne fait pas la distinction entre les identifications primaire et secondaire.

Ajoutons à cela, l'absence de référence ou la disparition de concepts essentiels comme la bisexualité psychique, les pulsions et l'ambivalence mais aussi puisqu'il est ici fait référence à un tabou, au totem marquant et rappelant les commandements et interdits dans la communauté et dans l'Inconscient de l'individu.

Par ailleurs, la théorie de J. Butler ne fait pas référence à l'Inconscient mais plutôt à un Moi réduit à une somme d'identifications dépourvues de conflit intrapsychique. Ce dernier étant en effet remplacé par le conflit de l'individu avec la société. En psychanalyse, ce point est très obscur et pessimiste, le conflit est inévitable et interne. Il se joue entre le Conscient et l'Inconscient, entre le Ça et le Surmoi. Or, chez J. Butler, il vient de l'adulte sujet d'une société. Il est politique et peut donc être aboli par des réformes sociales et politiques. Sur ce point, S. Freud écrivait justement en 1912, que la psychanalyse n'avait pour objectif ni de maintenir en place, ni de réformer les mœurs et la vie sexuelle :

*« Faces aux efforts déployés à présent dans le monde civilisé pour réformer la vie sexuelle, il est superflu de rappeler que la psychanalyse est aussi neutre que n'importe quelle autre. Elle n'a d'autre objectif que d'éclairer le contenu manifeste par la révélation du contenu latent. Elle sera satisfaite si ces réformes subsistent ce qui est préjudiciable. Mais la psychanalyse ne peut pas prédire si*

*d'autres institutions n'engageront pas d'autres sacrifices, peut-être plus graves. »<sup>69</sup>*

### 3. 2. 3. 3. Le recours à la mélancolie

Concernant le recours à la mélancolie, celui-ci n'est pas cohérent avec la psychopathologie.

J. Butler utilise la mélancolie pour rendre compte de la constitution du Moi alors que cette dernière est au contraire une profonde remise en cause de celui-ci.

De plus, ce recours cache un paradoxe. En effet, J. Butler choisit la mélancolie pour expliquer la perte totale du désir homosexuel et du corps érogène homosexuel, pour signifier qu'il se produit plus qu'un refoulement du genre à un niveau inconscient, latent. Toutefois, en même temps, cette perte ne serait que partielle puisqu'elle se limiterait et ne concernerait que le genre.

Or, en psychopathologie, la mélancolie agit en tout ou rien. La perte ne peut être circonscrite qu'à une partie. C'est la totalité de la libido qui investit le Moi qui est alors, pour sa part, pris totalement dans la perte. Cette absence de processus ne peut se limiter et se restreindre au genre. La mélancolie de genre, si elle est théoriquement possible, n'est dès lors pas compatible avec la clinique de la mélancolie.

### 3. 2. 3. 4. Le rapport de J. Butler à la psychanalyse

Reste à souligner, l'ambiguïté de la position de J. Butler vis-à-vis de la psychanalyse. Par sa démarche, elle cherche à montrer les limites d'une théorie freudienne partielle puis elle entreprend une reconstruction autour de la mélancolie de genre. Cette démarche sème le doute.

Les *gender studies* et la théorie *queer* sont plutôt réticentes voire hostiles à l'approche psychanalytique. Or, la théorie analytique et la mélancolie de genre sont présentées et examinées de manière pédagogique sans que le lecteur puisse comprendre si J. Butler est influencée, adhère ou s'oppose à la psychanalyse. Faut-il adhérer à une théorie

---

<sup>69</sup> Freud S. (1912), Contributions à la psychologie de la vie amoureuse : II. - Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse in *La vie sexuelle*, Paris, P. U. F., 62-63, 2002.

## La sexualité

psychanalytique remaniée par le tabou de l'homosexualité et la mélancolie de genre ? Ou ces deux fondements de la théorie de J. Butler amènent-ils à un rejet de la psychanalyse ?

De la même manière, on retrouve ce manque de clarté ou cette difficulté à choisir, à trancher clairement lorsque J. Butler poursuit ses travaux dans des collaborations avec des psychanalystes alors qu'elle laisse entendre dans ses autres travaux plus proches des *gender studies* et de la *queer theory* que la psychanalyse serait inutile ou erronée car trop hétéronormée et qu'elle s'opposerait dès lors à celle-ci. Pour répondre à cette critique qui place la psychanalyse comme patriarcale et réactionnaire, il est plus précis de dire que la psychanalyse est tantôt réactionnaire, tantôt subversive comme le décrit P. Sollers à propos de ce que l'on pourrait nommer « le combat de la psychanalyse sur tous les fronts » :

*« En réalité, la psychanalyse a dû et doit encore se battre constamment sur tous les fronts. Aux religions, elle oppose sa théorie des névroses. A la science, sa revendication du sujet inconscient. A la philoXYZ, sa pratique concrète du symptôme et son ambition de connaissance scientifique. Au rationalisme en général, son « décentrement » prouvant à la pelle, à chaque instant, que je pense où je ne suis pas et que je ne pense pas où je suis. A la vision politique du monde et à son ordre (donc aussi bien au marxisme), le rappel des exigences sexuelles insolubles, de l'espèce. Aux idéologies libertaires, la différence sexuelle, le « roc de castration », la certitude qu'il n'y a pas de « bonne société » ni d'épanouissement sans entraves du désir. Au féminisme, le « nom du père » (et non pas comme on feint de le croire la toute-puissance du phallus ou l'envie du pénis), Aux perversions, l'Éthique d'une vérité possible, etc. Elle peut donc être à chaque instant considérée tantôt comme réactionnaire, tantôt comme subversive. »<sup>70</sup>*

### **3. 3. Les apports anthropologiques : le troisième sexe/troisième genre**

En parallèle mais aussi de manière complémentaire à cette réflexion politique, on trouve les travaux de l'anthropologie sociale nord-américaine qui depuis le début des années 80 rapporte, reprend et réinterprète l'existence dans d'autres cultures de statuts sociaux spéciaux se situant en dehors de la bipartition homme/femme. Dépassant cette dichotomie, Gilbert Herdt<sup>71</sup>, sociologue américain parle de troisième sexe/genre. De ce point de vue, le genre devient une construction socioculturelle. Il perd sa dimension psychologique. Le sexe

---

<sup>70</sup> Sollers P. (1979), *Le Nouvel Observateur*, 8 janvier 1979.

<sup>71</sup> Herdt G. (1994), *Third sex, third gender*, New York, Zones books.

biologique dépassé par la culture, passe au second plan. Cependant, cette approche pose justement le problème de trop mettre en avant, ou parfois de confondre, le genre en tant que socialement défini et en tant que vécu personnel. Dans ces travaux, il est compliqué de distinguer la part prévalente entre un statut social (parfois sacré) avec ses coutumes qui ne sont pas restreintes au genre et qui répondraient d'une certaine manière à un besoin de ces sociétés, et une remise en cause stricto sensu de la binarité masculin/féminin. De même, cette approche conclut à partir de ces phénomènes, à une négation de la différence des sexes et à la création d'un troisième genre alors que cette différence reste le référent et que pour remettre en question celle-ci, il y a nécessité d'investiguer le ressenti subjectif de l'individu du troisième genre. Appartenir à un statut social déterminé, de genre opposé, n'entraîne pas, surtout quand ce statut est imposé, que la personne se sente comme appartenant à l'autre sexe et ne soit pas en conflit avec ce statut.

Il est ici présenté quelques données anthropologiques que Chiland<sup>72</sup> rapporte pour illustrer ce phénomène et se poser la question d'un rapprochement de celui-ci avec le transsexualisme.

### 3. 3. 1. Chez les Inuit, les Sipiniit

Saladin d'Anglure<sup>73</sup>, anthropologue français, observe chez les Inuit ce qu'il nomme un troisième sexe social.

Dans de nombreux mythes Inuit, le sexe est instable. Dès lors, pour les Inuit, le fœtus peut changer de sexe à la naissance. Un enfant peut naître avec des organes génitaux tout à fait normaux et être déclaré puis élevé comme membre du sexe opposé, et cela jusqu'à la puberté où il est réintégré dans son sexe biologique. On appelle ces personnes *Sipiniit*, le radical *Sipi* signifiant « se fendre »<sup>74</sup>.

La décision de la déclaration du sexe de l'enfant est entraînée par des circonstances complexes générales dans la culture ou propres à la mère. Un ancêtre éponyme et son nom confèrent l'identité et le sexe au bébé, en transcendant la différence des sexes et celle des générations. La mère va décider du sexe de l'enfant en fonction de son vécu de la grossesse,

---

<sup>72</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>73</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>74</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

## **La sexuation**

de ses rêves, de l'apparence des organes génitaux (il y aurait d'assez nombreux intersexués au plan biologique parmi les Inuit). Enfin, chez les Inuit, il est important d'avoir des enfants des deux sexes. L'unité sociale étant constituée d'un homme (père), d'une femme (mère), d'un fils et d'une fille, véritable atome familial assurant la reproduction et les rapports avec le cosmos. L'enfant pourra donc être désigné du sexe approprié au complément de la fratrie.

Ces enfants sont considérés comme ayant un statut particulier, chamanique avec un rôle d'intermédiaire entre les forces terrestres et les forces supérieures. Ils se marient souvent entre eux, un homme féminisé et une femme masculinisée.

Cette « (ré)assignation sociale » est imposée, non relative à une demande individuelle et ce statut social ne se limite pas à l'identité sexuée de l'individu. La personne n'est pas simplement considérée comme étant de l'autre sexe ou d'un troisième sexe. Ce statut comporte et lui attribue des rôles et une place à part dans la famille et la société.

### **3. 3. 2. Les Hijras en Inde**

A certains endroits géographiques de l'Inde, ils existent depuis plus de mille ans des communautés de Hijras. Ce sont des communautés permettant de vivre avec un statut social non dépourvu d'ambiguïté : en tant que « ni homme, ni femme » ou alors comme des femmes. Récemment, l'Inde Cour suprême indienne a ordonné à son gouvernement et aux Etats du pays d'identifier un troisième genre neutre et de donner accès aux personnes concernées, aux mêmes aides sociales et à des emplois réservés que les autres groupes minoritaires.<sup>75</sup>

Certains sont des pseudo-hermaphrodites masculins, d'autres des mâles impuissants et quelques-uns des pseudo-hermaphrodites féminins (femmes n'ayant jamais eu de menstruations). Les Hijras se présentent comme des renonçants, voués au culte de la Déesse-Mère, mais ils n'ont pas renoncé à la vie sexuelle, ni même à la prostitution.

En Inde, l'impuissance à procréer condamne à n'être rien sauf un renonçant ou un Hijras, statut social plus valorisant. Ce qui les définit est plus l'impuissance sexuelle avec les femmes que le fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes. Ils attribuent ce manque de désir pour les femmes à un organe sexuel mâle défectueux et s'identifient donc, et sont identifiés, à des hommes incomplets.

---

<sup>75</sup> *Le Monde* du 15 avril 2014, « L'Inde reconnaît l'existence d'un troisième genre ».

On distingue les *Born Hijras* : sujets intersexués assignés comme mâle avec une verge imparfaite ; et les *Made Hijras* n'ayant aucun stigmate physique. Ils se font tous émasculer (ablation du pénis et des testicules). Certains sujets Hijras prennent des hormones et feraient peut-être une demande d'intervention chirurgicale pour la création d'un néovagin si cette opération n'était pas interdite. Nanda<sup>76</sup> les appelle des *eunuch-transvestites*. Les Hijras parlent de cette opération d'émasculation pratiquée dans l'illégalité par un autre Hijras, comme étant « le Nirvana », comme étant une « renaissance » pour chacun d'eux. Ils se définissent eux-mêmes « entre-les-deux » (*in-between*), « ni homme, ni femme » car leurs organes mâles ne fonctionnent pas et qu'ils ne peuvent pas non plus porter d'enfant comme les femmes.

A partir de ce « défaut d'organe », ils préfèrent prendre le rôle social féminin. Ils imitent les femmes de façon exagérée - et même parfois volontairement burlesque - dans leurs danses. Ayant renoncé à leur fertilité, on leur accorde le pouvoir de bénir les autres pour que ces derniers soient féconds, ce qui devient une partie de leurs ressources financières quand ils ne s'adonnent pas à la prostitution. Cette première activité consiste à bénir les femmes désirant concevoir un fils et à danser des danses comiques lors de mariages ou lors de naissances d'un garçon. Ne pouvant procréer, ils recrutent des disciples surnommés *Chela* qui seront ensuite confiés à un gourou pour être initiés.

### 3. 3. 3. En Polynésie, la liminalité du genre

En Polynésie, les hommes tentés par le rôle de femme : travaux, vêtements, relations avec d'autres hommes, ont la possibilité d'occuper une place culturelle dans la société même si cette place n'est toutefois pas valorisée.

Les premiers explorateurs rapportent l'existence de mœurs les ayant choqués, ce qui peut être considéré comme la première confrontation à ce phénomène dont l'histoire est difficile à retracer.

Pour décrire ce phénomène, Besnier<sup>77</sup> qui a effectué une revue de la littérature constituée à partir de travaux sur le terrain, parle de liminalité du genre : un genre à la limite, à la frontière. La liminalité du genre concerne majoritairement des hommes bien qu'il existe aussi des femmes liminales.

---

<sup>76</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>77</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*



## La sexuation

Dans la société, le liminal est considéré comme un être inférieur. Ces hommes se conduisent comme des femmes. Ils ressemblent à des femmes, s'habillent en femme mais cela n'est pas obligatoire et pas permanent non plus. Ils vivent avec les femmes et partagent les mêmes activités. Du point de vue érotique, le liminal est dévalué et dévalorisé. Les autres personnes le désignent comme ayant une verge de taille réduite. Ils ont des rapports homosexuels avec des hommes non liminaux mais jamais entre eux. Ces relations homosexuelles ne sont pas obligatoires pour être considéré en tant que liminal. Leurs partenaires sexuels sont souvent des jeunes hommes non mariés avec qui ils pratiquent la fellation et le coït anal. La liminalité n'est pas une institution sociale. Les sujets liminaux ne sont pas désignés pour occuper une place. C'est une sexualité considérée comme passagère et sans importance. Ce serait plutôt un statut dévalorisé et considéré comme inférieur qui ne serait pas définitif mais temporaire. Le sujet peut s'en extraire par un mariage hétérosexuel, ce qui n'efface tout de même pas ce chapitre de sa biographie.

La liminalité serait donc plus un statut dévalorisant associé à une pratique sexuelle qu'une identité de genre. Ces hommes ne prétendent pas être des femmes et ne pratiquent pas de modifications de leur corps.

### 3. 3. 4. Les *Berdaches nord-amérindiens*

Les *berdaches* constituent une véritable institution en voie d'extinction dans des tribus nord-amérindiennes<sup>78</sup>. Ils existent des mythes sur l'origine des *berdaches*. Ces individus forment un genre intermédiaire ou autre, ni homme, ni femme.

Au sein des tribus de cette région, le genre peut subir des transformations indépendamment du corps. Ainsi, chez les Navajo, il y a une croyance que tous les êtres, de la même manière que les phénomènes naturels, ont à la fois une forme intérieure et une forme extérieure ce qui explique, d'un point de vue religieux, une différence possible entre le genre et le sexe biologique chez le même individu.

Les caractéristiques des *berdaches* sont une spécialisation dans les tâches de production. Ils s'habillent souvent avec les vêtements de l'autre genre mais peuvent aussi porter des vêtements spécifiques, dans l'apparence sexuelle, par la couleur des plumes avec

---

<sup>78</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

une fonction de symboles différents des habits des hommes mais aussi des habits des femmes. Leur comportement sexuel n'est pas fixe. Ils ont la plupart du temps un partenaire non berdache du même sexe. Cette relation peut donc être dite de type homosexuel selon les critères anatomiques. On leur attribue des pouvoirs supranaturels. Georges Devereux<sup>79</sup> rapporte chez les Mohaves qu'il a beaucoup étudiés, des pratiques gynémimétiques de grossesses prétendues et de simulacres de menstruations avec des saignements provoqués par un grattage.

Le statut de berdache a des attributs économiques et religieux. Il n'est pas un statut d'exclusion mais au contraire, une vocation supposant des talents particuliers. Ces membres sont acceptés, respectés et honorés dans leur communauté, même si quelques fois ils sont taquinés pour leur prestige et non par dérision. Les berdaches sont finalement considérés comme des membres d'un troisième genre et/ou d'un quatrième genre quand on distingue les berdaches mâles, des berdaches femelles.

### 4. Les approches psychanalytiques

Le sexe tient une place très particulière en psychanalyse. Il y est omniprésent au point que S. Freud et la psychanalyse sont accusés de pansexualisme. En effet, le sexe est présent dans la pensée de S. Freud avant même la naissance de la psychanalyse alors qu'il étudie l'hystérie et l'hypnose avec Breuer et avec Charcot. Il raconte qu'au cours d'une promenade, après un entretien impromptu avec le mari d'une patiente, Breuer lui a alors confié que dans les cas de troubles nerveux, il s'agit toujours de secrets d'alcôve ou plus précisément de secrets du lit conjugal. De même, lors de son séjour d'étude à Paris, il surprend une conversation de Charcot expliquant avec insistance à un autre médecin que :

*« ... dans des cas pareils, c'est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours. »<sup>80</sup>*

Toutefois, une lecture plus attentive de l'œuvre freudienne et des travaux psychanalytiques postfreudiens des différentes générations et des différents groupes d'analystes (et cela quelques soient les pays), dévoile une certaine subtilité quant à la référence au sexe en psychanalyse. En grande majorité, le sexe est abordé dans sa dimension

---

<sup>79</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>80</sup> Freud S. (1914), Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique in *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, P 76-77, 1998.

## La sexuation

sexuelle. C'est la sexualité qui tient le rôle de référence voire de postulat. Le terme de sexuation est rare et lorsque que des auteurs y ont recours, sa définition et son emploi sont très personnels. Brièvement, Lacan utilise le terme « sexuation » pour décrire deux rapports à la jouissance. Pour sa part, Laplanche désigne par « sexué » ce qui relève de l'acquisition de la différence des sexes en opposition à la sexualité infantile prégénitale. Ainsi, ce qui était uniquement sexuel devient sexué lors de la phase génitale. Enfin, pour Chiland, la sexuation est à distinguer totalement de la sexualité du fait qu'elle ne renvoie pas aux relations et au plaisir mais à la division de l'espèce humaine en deux sexes et concernerait essentiellement l'identité et l'altérité. Dès lors, la sexuation serait présente d'emblée au côté de la sexualité mais tout de même, de manière en partie distincte de cette dernière.

Ce problème terminologique est décuplé lorsque l'on ajoute à cela premièrement, le terme/concept *gender* que l'on retrouve chez les auteurs américains et chez certains français, deuxièmement avec ce dernier mais pas seulement, le souci qui est que, comme le fait remarquer Chiland<sup>81</sup>, toute traduction comporte une part d'interprétation.

Ceci peut être constaté de façon exemplaire dans la controverse qui oppose Chiland et Laplanche concernant la traduction des termes *Geschlecht* et *Sexual* dans les *Œuvres complètes de Freud*. En effet, la langue allemande comporte deux termes se rapportant au sexe. Selon Laplanche, la traduction des Œuvres complètes doit être faite par le recours rigoureux et strict à des doublets français/allemands. Ainsi, le *sexual* est toujours traduit par sexuel et *geschlecht* l'est par sexué. Selon lui, le *sexual* renvoie à la sexualité comme dans la *Sexualtheorie*. Alors que le *geschlecht* concerne le « sexe sexué, la différence des sexes et le genre ». A partir de ce dernier terme et de la traduction qu'il lui assigne, il traduit systématiquement *männlich* par masculin et *weiblich* par féminin. Poursuivant son cheminement, Laplanche va jusqu'à affirmer que même si S. Freud n'en avait pas la possibilité à cause de la langue allemande, il se référerait concernant la différence des sexes, au genre voire à l'identité de genre et non au sexe :

*« Freud fait cette hypothèse... d'un voyageur venant d'une autre planète,... et dont la curiosité sera éveillée par la présence de deux « sexes ». C'est*

---

<sup>81</sup> Chiland C. (2003a), *op. cit.*

*évidemment « genres » qu'il faut dire... car effectivement ce sont les habitus... qui comptent et non pas les organes génitaux... »<sup>82</sup>*

Au contraire, pour Chiland<sup>83</sup>, cette traduction systématique est une erreur qui réinterprète voire déforme la pensée freudienne. Selon elle, l'identité au sens d'identité personnelle tout comme le genre sont absents et étrangers à S. Freud. Freud n'a abordé le sexe qu'au sens de la sexualité et en aucun cas le genre et l'identité sexuée. Pour répondre directement à Laplanche, elle prend pour exemple que *geschlechtsverkehr* se traduit par « commerce sexuel » et non sexué. De même, le terme *männlich* veut à la fois dire mâle et masculin et celui de *weiblich*, femelle et féminin. Or, selon Chiland, S. Freud ne pensant qu'en terme de sexualité, il définit l'homme et la femme par leurs différences anatomiques et biologiques et donc en tant que mâle et femelle. La masculinité et la féminité ont chez S. Freud une place beaucoup plus réduite et vague ou de conventions sociales et de variations individuelles, ou bien de qualités psychiques quant à la bisexualité psychique. La traduction ne peut donc être stricte et Chiland<sup>84</sup> cite en exemple quelques mots issus de la traduction de *La féminité* de 1933 : « la cellule sexuée est dite masculine ou féminine » alors qu'il conviendrait de traduire « mâle ou femelle ».

Partant de ces premières remarques, il convient pour appréhender le sexe et le sexué en psychanalyse de présenter différents points de vue majeurs avec en premier lieu celui de Freud puis ceux d'autres grands analystes que sont Lacan, Stoller, A. Green, Chiland et Laplanche.

### ***4. 1. Freud S. : de la sexualité au sexe en psychanalyse***

Comme il l'est dit ci-dessus, la sexualité est présente dans la pensée de S. Freud dès la préhistoire de la psychanalyse alors qu'il est encore un jeune médecin travaillant sur l'hystérie avec l'hypnose. Malgré tous les remaniements de la théorie et de la pratique, l'importance qu'il a accordée à la sexualité dans le fonctionnement psychique humain ne changera jamais. On peut donc dire que la sexualité est une partie incontournable de la révolution freudienne selon laquelle, l'être humain n'est pas maître de lui-même. Mais il reste important de préciser

---

<sup>82</sup> Laplanche J. (2007a), Le genre, le sexe, le sexual in *Sexual, la sexualité élargie au sens freudien*, Paris, PUF, p. 162-163.

<sup>83</sup> Chiland C. (2003b), *op. cit.*

<sup>84</sup> Chiland C. (2005), Problèmes posés aux psychanalystes par les transsexuels, *Revue française de psychanalyse*, 69, 1, 2, 563-577, P 573.

## **La sexualité**

certaines points et certaines subtilités permettant de rendre compte de l'évolution de la place de la sexualité dans la naissance de la psychanalyse, mais surtout de saisir certains détails et d'éviter des confusions et amalgames.

### **4. 1. 1. Le sexuel traumatique dans la séduction**

A partir de sa clinique de l'hystérie, S. Freud observe le potentiel érogène de toute zone du corps. La conversion hystérique montre que n'importe quelle partie du corps peut être investie libidinalement et devenir source d'excitation sexuelle. C'est le temps de la *neurotica*, de la théorie de la séduction qui rapporte l'origine des psychonévroses à un traumatisme en deux temps. Le premier étant celui de la séduction proprement dite où l'enfant subit passivement un événement sexuel venant de l'extérieur, de quelqu'un d'autre adulte ou enfant plus âgé alors qu'il est dans l'incapacité d'intégrer ces émotions sexuelles tant au niveau somatique que psychique. Il se produit alors chez l'enfant un effroi sexuel. Mais ce n'est que dans un deuxième temps, lors d'un nouvel événement ne comportant pas nécessairement un caractère sexuel que l'enfant va se retrouver confronté au souvenir du premier par association et à l'afflux d'excitation endogène qui l'accompagne, ce qui entraînera alors le refoulement. S. Freud considère d'abord cette scène de séduction comme réelle et la découverte que ces souvenirs sont parfois le produit de reconstructions fantasmatiques par les patients l'amènera à abandonner cette théorie de la séduction.

Toutefois, cet abandon n'est pas catégorique et a même à certains égards permis l'avancée de points capitaux dans ce qu'allait devenir la psychanalyse. En effet, S. Freud mis face aux faits que ces souvenirs ne renvoient pas à des scènes réellement vécues par les patients, constate alors l'importance de la réalité fantasmatique. De même, s'il abandonne la théorie de la séduction, il ne met pas totalement de côté la scène de séduction qui devient fantasme de séduction ce qui l'amènera à la découverte de la sexualité infantile et du complexe d'œdipe.

### **4. 1. 2. Le sexuel dans le développement libidinal**

A partir du récit de ses patients et du potentiel érogène des zones du corps constaté dans la conversion hystérique, S. Freud postule l'existence d'une sexualité infantile perverse et polymorphe. Selon lui, l'enfant dès le plus jeune âge a une vie sexuelle mais son exclusion de la scène primitive à cause de son niveau de développement aussi bien physique que psychique le condamne à des jeux sexuels pervers et polymorphes. Il conçoit un point de vue

génétique avec un développement libidinal caractérisé par une succession de stades marqués par le primat d'une zone érogène et par la prédominance d'un type de relation d'objet successivement : le stade oral, le stade anal et le stade phallique. Ce dernier étant à la fois le moment culminant mais aussi celui du déclin du complexe d'œdipe. C'est lors de ce stade que l'enfant passe de l'organisation de la sexualité prégénitale des stades oral et anal à celle génitale. Il s'y réalise alors une unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux avec la question de la différence des sexes en terme de phallique/châtré ce qui confronte l'enfant à la castration.

### 4. 1. 3. La sexualité et les positions dans le complexe d'œdipe

Avec le complexe d'œdipe, la référence au sexe acquiert une nouvelle dimension. Le complexe d'œdipe comporte toujours une caractéristique sexuelle dans le rapport de l'enfant à ses parents mais la notion d'identification et l'inscription de l'enfant dans une position masculine ou féminine laisse entrevoir de manière implicite une référence à la sexuation, à l'identité sexuée. En effet, lors de la phase phallique, le complexe d'œdipe et le complexe de castration ont une place centrale dans l'organisation psychique de l'enfant et dans la structuration de la personnalité. Notamment avec l'assomption des identifications secondaires et l'aboutissement à l'inscription de l'enfant dans le pôle masculin ou féminin en tant que sujet ce qu'il ne faut pas confondre avec l'identité personnelle mais qui n'est pas sans lien avec celle-ci surtout du point de vue de la sexuation. Pour S. Freud<sup>85</sup>, le complexe d'œdipe est universel de par le rapport de tout enfant au couple parental. Mais il distingue d'une part, l'œdipe de la fille (féminin) et l'œdipe du garçon (masculin). Et d'autre part, l'œdipe négatif et l'œdipe positif qui spécifient les rapports ambivalents de l'enfant au parent du même sexe et ceux au parent de sexe opposé. Il est important de noter qu'il est déjà ambigu d'utiliser dans ce travail les termes d'œdipe masculin et d'œdipe féminin s'ils renvoient uniquement à l'œdipe du garçon et à l'œdipe de la fille.

Succinctement, pour S. Freud, chez le garçon l'œdipe positif masculin durant la phase phallique veut qu'il conserve comme objet de désir sexuel le même objet d'investissement (la mère), la même zone érogène (le pénis) et qu'il éprouve un désir de mort pour le père considéré comme un rival dans la conquête de l'amour de la mère. Suite à la vue des organes génitaux féminins, le complexe de castration remanie les théories sexuelles infantiles quant à

---

<sup>85</sup> Freud S. (1923), L'organisation génitale infantile in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 113-116, 1969.

## La sexualité

l'universalité du pénis. Sous l'égide de la menace et de l'angoisse de castration, le garçon sort du complexe d'œdipe mettant de côté, en latence, les désirs qui lui sont rattachés.

Chez la fille, le complexe d'œdipe féminin positif sous-entend un changement d'objet d'amour (passage de la mère au père) et de zone érogène (passage du clitoris au vagin) influencés par l'envie du pénis issue du complexe de castration. Dès lors, contrairement au garçon dont il constitue la sortie de l'œdipe, le complexe de castration inaugure l'entrée de la fille dans le complexe d'œdipe. En 1933, S. Freud<sup>86</sup> revient sur le complexe d'œdipe féminin. Et précise que selon lui, chez la fille, la féminité en tant que devenir, ainsi que le rapport à sa propre maternité, prendraient racine dans sa relation précœdipienne à sa mère alors que sa relation œdipienne à son père laisserait se dégager son style de féminité, sa manière d'être femme.

### 4. 1. 4. Complications avec la bisexualité psychique

Poursuivre la présentation du complexe d'œdipe devient plus délicat lorsqu'il s'agit de rendre compte des versants positif et négatif. S. Freud<sup>87</sup> inspiré par les remarques de W. Fliess<sup>88</sup> met en avant la nécessité de tenir compte d'une disposition bisexuelle chez tous les êtres humains. Ainsi, en 1923, il pose les polarités positives et négatives du complexe d'œdipe<sup>89</sup> comme le choix d'un objet hétérosexuel avec identification au parent du même sexe pour ce qui est de l'œdipe positif et le choix d'un objet homosexuel avec identification au parent du sexe opposé concernant le négatif. La bisexualité psychique interviendrait alors dans les destins du complexe d'œdipe selon que l'identification au père ou à la mère dépendrait de la force relative des dispositions sexuelles masculines et féminines de l'enfant et cela, quelque soit son sexe. Dès lors, le complexe d'œdipe dans sa forme complète devient double, positif et négatif sous la dépendance de la bisexualité originare de l'enfant. Bisexualité originare appelée à devenir bisexualité psychique secondaire, une fois le choix d'identification et celui d'objet d'investissement effectués de façon harmonieuse.

---

<sup>86</sup> Freud S. (1933), La féminité in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, p. 153 et 154, 1983.

<sup>87</sup> Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.

<sup>88</sup> Fliess W. (1906), Le cours de la vie, *Nouvelle revue française de psychanalyse*, 7, 167-178, 1973.

<sup>89</sup> Freud S. (1923), *op. cit.*

#### 4. 1. 5. Le masculin et le féminin en question

Toutefois, il est important de noter que S. Freud restera confronté à la difficulté de la description, de la circonscription et de la définition de la masculinité, de la féminité et de leur rapport. Ses écrits manquent dès lors de précisions à ce sujet et il en parle alors tour à tour :

- En tant qu'essence et concept,

*« Quant à l'essence de ce que au sens conventionnel ou au sens biologique on nomme masculin et féminin, la psychanalyse ne peut l'élucider ; elle reprend à son compte les deux concepts et les met à la base de ses travaux. »<sup>90</sup>*

- Comme traits,

*« ...Tous les individus humains, par suite de leur constitution bisexuelle et de leur hérédité croisée, possèdent à la fois des traits masculins et féminins, si bien que le contenu des constructions théoriques de la masculinité pure et de la féminité pure reste incertain. »<sup>91</sup>*

- ou encore comme qualités psychiques, notions et comportements.

*« Nous sommes habitués à utiliser aussi le masculin et le féminin comme des qualités psychiques et nous avons également transféré le point de vue de la bisexualité dans la vie psychique. Mais vous comprendrez bientôt que ce n'est pas là que se conformer à l'anatomie et la convention. Vous ne pouvez donner aucun nouveau contenu aux notions de masculin et de féminin. Cette distinction n'est pas psychologique... Même dans le domaine de la vie sexuelle humaine vous ne pouvez pas noter combien il est insuffisant de faire coïncider le comportement masculin avec l'activité, le comportement féminin avec la passivité. »<sup>92</sup>*

Pour conclure sur cette présentation des travaux de S. Freud, il est important de rapporter que malgré cette confusion et ces difficultés concernant la distinction masculin/féminin, S. Freud<sup>93</sup> a fait remarquer avec pertinence (au sujet de l'homosexualité) que confondre les caractères sexuels somatiques, les caractères sexuels psychiques et le choix d'objet était une erreur et qu'il appelait dès lors à distinguer ces éléments, ce qui n'est pas sans faire écho aux distinctions venues ultérieurement entre le sexe et le genre pour certains et entre la sexualité et la sexuation pour d'autres.

---

<sup>90</sup> Freud S. (1920), Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 270, 1973.

<sup>91</sup> Freud S. (1925), Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, p. 132, 1985.

<sup>92</sup> Freud S. (1933), *op. cit.*

<sup>93</sup> Freud S. (1920), *op. cit.*



## La sexuation

### 4. 2. *Stoller R. J. et la théorie de l'identité de genre en psychanalyse*

Dans la continuité de J. Money, le psychiatre, psychanalyste américain, Stoller<sup>94</sup> reprend la distinction entre le sexe et le genre en psychanalyse.

Stoller travaille comme J. Money sur les conséquences psychiques de l'ambiguïté sexuelle génitale dans la constitution de l'identité. Par la suite, il orientera ses travaux vers le transsexualisme et le trouble de l'identité de genre chez l'enfant. L'identité de genre est dès lors étudiée, chez des patients enfants et adultes souffrant de contradictions entre leur sexe anatomique et leur sentiment d'appartenance à un sexe mais ne présentant aucune anomalie biologique.

Par son approche analytique et ses consultations avec une population différente de J. Money, Stoller est amené à réviser la notion de genre. Les troubles de « l'identité » de genre qu'il rencontre chez des adultes transsexuels et chez des enfants ne peuvent être expliqués selon la théorie de l'éducation et de l'apprentissage de J. Money. Avec Stoller, le genre est dès lors remanié et passe du rôle comportemental construit par l'éducation à l'identité acquise dans les relations précoces notamment à la mère.

Se référant à la bisexualité psychique, il postule que tout individu hérite des identifications féminines et masculines de par sa relation aux parents des deux sexes lors du complexe d'œdipe. Pour lui, tout sujet serait dans un mélange de masculin et de féminin. Une femme pourrait se sentir plus ou moins masculine sans remettre en cause son sentiment d'être femme et inversement pour l'homme. Si dans la plupart des cas l'identité de genre et le sexe coïncident, il peut aussi y avoir une discordance pouvant mener à la souffrance que Stoller nomme dysphorie de genre et dont l'extrême serait le transsexualisme avec la remise en question complète du sexe par l'identité de genre contraire à celui-ci. Ainsi, pour Stoller, la distinction sexe/genre est nécessaire, voir incontournable, car la binarité du sexe mâle/femelle est insuffisante pour rendre compte de la complexité du genre dans les rapports entre le masculin et le féminin chez un seul et même individu.

---

<sup>94</sup> Stoller R. J. (1968), *Sex and gender, vol. 1*, New York, Science House, trad. franc. *Recherches sur l'identité sexuelle*, Paris, Gallimard, 1978.

### 4. 2. 1. La théorie de l'identité de genre

De manière cohérente à la phase génitale précoce de Roiphe et Galenson<sup>95</sup> qui postulent que l'enfant découvre la différence anatomique des sexes vers 18 mois, l'identité de genre, selon Stoller, s'établit de manière très précoce et irréversible avant l'âge de deux ans et avant l'apparition du langage.

Pour lui, l'identité de genre résulte de la manière dont l'enfant va être abordé selon son sexe anatomique dans ses relations précoces dont en premier celle à sa mère puis de façon croissante aux deux parents et à l'entourage. Ces interactions précoces sous forme de conditionnements, d'empreintes et d'acquisitions imprégneront, forgeront et fixeront l'identité de genre du bébé.

Plus précisément, en référence à la théorie de Mahler<sup>96</sup> qui pose le passage par une phase autistique et une phase symbiotique dans le développement de tout enfant avant d'entrer dans un processus de séparation-individuation de la mère, Stoller<sup>97</sup> postule l'hypothèse d'une protoféminité chez les enfants des deux sexes résultant d'une infiltration du genre féminin de la mère dans le noyau d'identité de genre du nourrisson (identité de genre en devenir) lors d'une relation symbiotique et a-conflictuelle à celle-ci. Cette féminisation précoce se produit dans une absence totale de conflit, de traumatisme et de frustration mais au contraire, dans une satisfaction massive qui maintient la force du processus. C'est une relation symbiotique, peau à peau, comme un cordon ombilical psychique, un état de fusion a-conflictuelle dans laquelle l'identité de genre féminine de la mère va infiltrer, imprégner le noyau d'identité de genre du bébé et induire chez lui cette protoféminité. Au sein de cette relation, le bébé quelque soit son sexe est donc orienté vers le féminin par une identification première à la mère.

Selon ce point de vue, ce n'est alors que dans un second temps, lors du processus de séparation-individuation, que le garçon va devoir acquérir une identité de genre masculine. Il devra alors se dégager de l'identification primaire à la féminité de sa mère (dés-identification) et changer de genre pouvant pour cela s'appuyer sur son père en tant que modèle mais aussi

---

<sup>95</sup> Roiphe H. et Galenson E. (1981), *La naissance de l'identité sexuelle*, Paris, PUF, 1987.

<sup>96</sup> Mahler M. (1975), *Psychose infantile - symbiose et individuation*, Paris, Payot, 2001.

<sup>97</sup> Stoller R. J. (1985), *Presentations of gender*, New Haven-London, Yale University Press, trad. franç., *Masculin ou féminin ?*, Paris, PUF, 1989.

## **La sexuation**

comme tiers rival. La masculinité est ici conçue comme une contestation virile et comme un rejet de la féminité première. Pour la fille, le père doit comme pour le garçon briser cette relation fusionnelle à la mère en prenant un rôle de tiers séparateur mais aussi devenir un objet de désir.

Dès lors, pour Stoller, alors que la fille devra poursuivre le développement de son genre féminin et changer ultérieurement de choix d'objet. Pour sa part, le garçon doit précocement changer de genre sans changer d'objet.

### **4. 2. 2. Les facteurs de l'identité de genre**

Stoller élabore une théorie de l'identité de genre<sup>98</sup>. Selon lui, le noyau d'identité de genre du nourrisson est sous l'influence de cinq facteurs qui constitueront son identité de genre définitive vers ses deux ans.

Le premier facteur est la nature des organes génitaux du nourrisson ce que Stoller nomme la force biologique bien qu'il ne s'agisse que de l'apparence anatomique. Celle-ci va directement influencer les deux facteurs suivants que sont l'assignation du sexe à la naissance et les attitudes des parents vis-à-vis du sexe du nourrisson. Entrent alors en jeu, les phénomènes biopsychiques qui sont au centre de la théorie de Stoller et renvoient à la relation précoce mère-bébé décrite ci-dessus. Puis, interviendrait comme dernier facteur, le Moi corporel en développement qui correspond au vécu et aux autoperceptions par le bébé de son corps sexué. Toutefois, Stoller relativise l'importance de ce dernier facteur puisqu'il garde à l'esprit les conclusions de ses travaux et celles de J. Money qui montrent que même lorsque l'anatomie est défectueuse, l'individu développe une identité de genre concordante avec l'assignation du sexe et l'éducation.

### **4. 2. 3. Les limites de l'approche de R. J. Stoller**

Si Stoller reste celui qui a introduit la distinction sexe/genre en psychanalyse, on ne peut omettre certaines remarques et critiques quant à sa théorie. En effet, la théorie stollerienne remet en cause certains fondements centraux de la théorie analytique « classique ».

---

<sup>98</sup> Stoller R. J. (1985), *Ibid.*

Premièrement par sa théorie, Stoller essaye d'intégrer le concept de genre à la psychanalyse. En cela, on peut reconnaître la qualité qui lui est couramment attribuée de ne pas avoir peur de rechercher à réformer et à innover en psychanalyse. Mais le genre devenu central semble venir détrôner la bisexualité psychique, l'œdipe, la castration et la différence des sexes lors de la phase phallique.

De même, son approche ne laisse pas de place à la réalité fantasmatique, à la dimension pulsionnelle et au conflit intrapsychique inconscient. Au contraire, Stoller postule une a-conflictualité dans la relation mère/bébé. Par cela, sa théorie se rapproche tendancieusement d'une approche plus phénoménologique et psychologique que psychanalytique.

D'autre part, la théorie de l'identité de genre comporte des confusions et des raccourcis gênants. Premièrement, Stoller semble considérer la symbiose et l'identification comme étant un seul et même phénomène, ce qui est critiquable. La première est un type de relation au sein de laquelle au moins un des deux protagonistes ne se différencie pas de l'autre. La seconde est un processus par lequel un sujet s'accapare un ou plusieurs traits de l'autre. L'un ni n'équivaut, ni n'entraîne l'autre.

Par ailleurs, cette conception de la symbiose est suspecte, pour ne pas dire contradictoire. Elle serait à la fois totale. L'enfant ne se distinguerait pas de sa mère ce qui expliquerait la force de l'empreinte, mais elle serait, en même temps, restreinte au genre et donc partielle. Il serait possible que l'enfant conserve le genre féminin bien qu'il soit sorti de la symbiose et se soit différencié de sa mère.

Enfin, il convient de souligner que l'identification primaire à la mère ne devrait pas être confondue et en quelque sorte limitée à une identification à la femme et à la féminité. En effet, ce mode primitif renvoie à la fois à la relation d'incorporation orale de la mère sans que cette dernière ne puisse être considérée comme femme, et à la sexualité infantile perverse et polymorphe qui ne connaît ni la différence des sexes, ni les limites qui l'accompagnent mais uniquement les sensations de plaisir et de déplaisir sexuels.

Ainsi, bien que la théorie de l'identité de genre soit intéressante, novatrice et est l'avantage d'introduire le genre distingué du sexe en psychanalyse, les postulats clés de cette théorie de Stoller que sont la symbiose, l'identification, l'a-conflictualité et la protoféminité portent bien plus à controverse qu'il ne peut y paraître au premier regard.

## La sexuation

### 4. 3. Lacan J. : La logique de la sexuation

A partir de sa relecture de l'œuvre de S. Freud, Lacan<sup>99</sup> élabore une théorie de la sexuation en réinterprétant le monisme sexuel freudien. Le monisme sexuel freudien stipule que l'organe génital féminin n'est jamais découvert. Selon les théories sexuelles infantiles, la femme serait perçue comme étant un homme châtré. Lacan envisage dès lors que la féminité serait une différence inconnue, une altérité absolue, résistante à l'identification, n'ayant pas de symbole universel identifiable et équivalent au phallus.

La théorie de la sexuation lacanienne est un des points théoriques les plus compliqués de l'œuvre de Lacan. Pourtant, elle y tient une place centrale puisque comme nous le verrons plus tard, elle dépasse la question de la différence des sexes et est au centre de la cristallisation structurale de la personnalité. Pour cette raison, il est nécessaire avant d'exposer succinctement la théorie de la sexuation, de présenter le stade du miroir, les deux jouissances et ce que Lacan a appelé « l'erreur commune ».

#### 4. 3. 1. Le stade du miroir : la sexuation et la subjectivité

En effet, la sexuation ne peut être présentée sans que soit abordée au préalable la constitution de la subjectivité par le stade du miroir<sup>100</sup>. Selon Lacan, le stade du miroir est au centre du développement psychique. C'est lors de celui-ci qu'émergerait le Je révisant ainsi le narcissisme freudien. Ce stade se décompose en trois sous-stades se succédant de manière logique et non chronologique, en corrélation avec le développement cognitif de l'enfant. Avant ce stade, l'enfant investirait son corps morcelé dans l'indistinction d'avec son entourage.

Lors du premier sous-stade, le bébé rencontrerait la première perception de son corps propre dans le miroir sans se rendre compte qu'il s'agit de son image. A ce moment, il pense que cette image est celle d'un autre enfant, un semblable. Lors du second temps, l'enfant va découvrir qu'il s'agit d'une image et non d'un autre individu. Puis lors du troisième temps, l'enfant va reconnaître que cette image est la sienne et acquérir le sentiment d'unité

---

<sup>99</sup> Lacan J. (inédit), Le séminaire, Livre XXI les non-dupes errent, Paris, Seuil.

Pour les formules de la sexuation :

Lacan J. (1973a), *L'étourdit, Scilicet IV*, Paris, Seuil.

Lacan J. (1975), *Le séminaire, Livre XX, Encore*, Paris, Seuil.

<sup>100</sup> Lacan J. (1966a), Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je in *Ecrits*, Paris, Seuil.

corporelle, identification primordiale qui structure le Je, l'identité du sujet qui ensuite fonde le semblable et l'altérité : le rapport à l'Autre.

Mais cette identification imaginaire doit être complétée par le primat du symbolique<sup>101</sup> qui introduit le désir dans et par la relation de l'enfant à la mère. Au premier temps, le nouveau-né ne fait aucune différence entre son corps et celui de sa mère et entre lui-même et le monde extérieur. Il est dans une relation fusionnelle avec le corps maternel. Par la suite, entre six et dix-huit mois, à partir de son image spéculaire dans le miroir, l'enfant va pouvoir percevoir son corps comme une totalité distincte du corps de la mère. C'est lors de ce moment que peut être et qu'il est nécessaire que soit introduit par la mère l'ordre symbolique de la fonction paternelle, l'élément tiers qui permettra à l'enfant d'accéder à la troisième et dernière étape. En effet, par cette fonction, l'enfant va alors être confronté à la perte. Il se produit alors la séparation de l'objet a de la fusion primitive et la mise en place de la réalité dans le manque et le désir.

C'est en cela que Lacan situe le phallus en tant que signifiant maître dépassant le stade phallique. Selon S. Freud, l'organisation génitale infantile divise l'espèce humaine en deux par une dichotomie basée sur le fait « d'avoir ou non le pénis ». Lacan entend, dans un premier temps, distinguer le phallus du pénis. Le premier pouvant être conçu comme une représentation psychique du second. Le phallus déconnecté de la réalité anatomique est dès lors considéré tel un objet dont la nature est avant tout d'être un élément signifiant qui n'est plus limité à la dialectique de « avoir ou ne pas avoir le pénis » mais à celle plus globale du désir<sup>102</sup>. Pour Lacan, dans cette dernière dialectique, le phallus a une forme imaginaire et une forme symbolique qui s'inscrivent dans le manque et l'altérité, dans les rapports à la jouissance de l'Autre et à l'Autre de la jouissance. Dans le registre imaginaire<sup>103</sup>, c'est le manque qui précède et induit la construction de l'objet phallus. C'est par la reconnaissance du manque, de l'absence que la représentation psychique va avec la construction imaginaire du phallus tenter d'y remédier de manière réactionnelle. Du point de vue symbolique<sup>104</sup>, le phallus dispose de la fonction d'équivalence. Ainsi, le phallus imaginaire peut être remplacé

---

<sup>101</sup> Lacan J. (inédit), Le séminaire, Livre IX, L'identification, Paris Seuil.

<sup>102</sup> Lacan J. (1998), Le séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient, Paris, Seuil.

<sup>103</sup> Lacan J. (1998), *Ibid.*

<sup>104</sup> Lacan J. (1998), *Ibid.*

## La sexuation

suite à l'équation symbolique par de multiples objets. Mais pour Lacan<sup>105</sup>, la fonction symbolique du phallus va au-delà de son insertion dans ce registre. Le phallus en tant que signifiant maître, signifiant du désir, devient le signifiant auquel se rapporte tout autre signifié. Plus qu'un objet de la fonction symbolique, il est donc l'opérateur de celle-ci. Suivant cette conception, Lacan ajoute à la problématique « d'avoir ou de ne pas avoir le phallus » celle « d'être ou ne pas être le phallus » en réponse au manque et désir de l'Autre<sup>106</sup>.

A partir de là, Lacan revisite le complexe d'œdipe freudien. La relation origininaire entre l'enfant et l'Autre (place symbolique de sa mère) où il s'identifie comme son objet de désir, comme son phallus, est vouée à être transformée par l'introduction du Nom du Père (signifiant paternel) qui viendra répondre au désir de la mère et rompre cette relation origininaire de complétude narcissique à l'Autre par l'introduction de la triangulation œdipienne. Alors qu'il était dans « être » le phallus de la mère, l'enfant découvre alors par la triangulation, la dialectique « d'avoir ou de ne pas avoir » le phallus<sup>107</sup>. Le père a le phallus et répond au désir de la mère qui ne l'a pas<sup>108</sup>. Le Nom du Père vient remplacer le phallus et unifier les registres du Symbolique, de l'Imaginaire et du Réel. Le signifiant phallique passe sous le coup du refoulement, au second plan ce qui permet à l'enfant de se positionner non plus en tant qu'objet (être le phallus) mais en tant que sujet (avoir le phallus) quant au désir de la mère.

Il est important de noter que ce point de la théorie de Lacan se distingue et réforme la conception de S. Freud puisqu'à l'inverse de cette dernière, il ne présente pas de distinction entre le complexe d'œdipe du garçon et de la fille<sup>109</sup>. Selon lui, la fonction imaginaire du phallus est présente chez les sujets des deux sexes, dans le sens que l'un comme l'autre sont sujets de la même manière au complexe de castration lors de la reconnaissance de l'élément tiers qui vient briser le rapport à l'autre.

---

<sup>105</sup> Lacan J. (1966b), La signification du phallus in *Ecrits*, Paris, Seuil.

<sup>106</sup> Lacan J. (1998), *op. cit*

<sup>107</sup> Lacan J. (1966b), *op. cit*.

<sup>108</sup> Lacan J. (1966b), *op. cit*.

<sup>109</sup> Lacan J. (1966b), *op. cit*.

### 4. 3. 2. L'erreur commune : le développement de la sexuation

Parallèlement à cette acquisition de la subjectivité, il se produit un développement de la sexuation. Selon Lacan<sup>110</sup>, celle-ci s'articule entre le sujet, ses parents et le phallus dans une logique en trois temps. Au premier temps, il situe la différence naturelle des sexes à la naissance mais cette dernière ne prendra son sens et sa valeur qu'au second temps. Second temps durant lequel le discours sexuel inscrit le sujet dans sa future communauté (entourage, parents, médecin, autres...) par l'utilisation du « on ». L'attribution du sexe introduirait alors l'enfant à ce que Lacan a surnommé « l'erreur commune<sup>111</sup> », erreur qui catégorise la même différence naturelle selon les critères phalliques, selon le monisme sexuel c'est-à-dire par les termes de « phallus » et de « castration ». Le phallus serait alors confondu avec le pénis. Ainsi, alors que personne n'aurait le phallus, les hommes croiraient l'avoir en ayant le pénis. Et les femmes penseraient être castrées car n'ayant pas de pénis. Ce serait lors de ce temps avec « l'erreur commune » que la structure du sujet émergerait. Le troisième et dernier temps est celui du choix du sexe du sujet, de la sexuation proprement dite. L'enfant doit alors choisir de s'inscrire ou non dans la jouissance phallique, en faisant passer le signifiant phallique, à l'état de signifiant maître, le phallus.

### 4. 3. 3. La sexuation et la jouissance

A partir de cette subjectivation et de « l'erreur commune », le sujet est introduit à la jouissance. Lacan distingue deux modalités de la jouissance qui vont organiser le masculin ou le féminin selon le rapport de l'individu au phallus : la jouissance phallique et la jouissance de l'Autre. La première comme son nom l'indique, est une jouissance rattachée au phallus symbolique. Elle n'implique pas le corps et se situe en-dehors de ce dernier. Au contraire, la seconde engage le corps et de par cela, constitue à la fois une limite mais assure aussi une consistance à l'individu. Elle est ce qui est hors Symbolique à savoir ce qui relève du Réel, cette réalité non uniquement matérielle que le sujet se construit depuis sa naissance et à laquelle, il se confronte. C'est l'articulation de ces deux modalités qui constituera la sexuation du sujet selon « l'erreur commune » et la logique de la sexuation que nous verrons ci-dessous.

---

<sup>110</sup> Lacan J. (1975), *op. cit.*

<sup>111</sup> Lacan J. (2011), *Le séminaire, Livre XIX, ...ou pire*, Paris, Seuil.



## La sexualité

Dans la théorie lacanienne, la sexualité renvoie à la position du sujet par rapport au phallus symbolique. Ce choix sexué relève du désir du sujet et déterminera son inscription dans une jouissance phallique masculine ou féminine. Ainsi, que le sujet soit un homme ou une femme, il devra et aura la possibilité de s'orienter ou vers la jouissance masculine qui relève « d'avoir » le phallus ou vers une jouissance féminine qui est de l'ordre « d'être » le phallus. Mais cette inscription va aussi influencer le désir du sujet dans ses relations d'objet par la recherche d'un individu inscrit dans l'autre type de jouissance phallique. Le sujet ayant choisi d'avoir ou non le phallus sera en quête d'une personne dont le désir s'exprime dans la dialectique d'être ou non le phallus et inversement.

### 4. 3. 4. La logique de la sexualité : les mathèmes

Lacan postule l'existence de deux sexes correspondant à deux options d'identification sexuée, homme ou homme châtré (femme) correspondant avec avoir le phallus ou ne pas avoir le phallus. Il met en rapport ces deux inscriptions différentes dans la fonction phallique, avec deux positions quant à la jouissance. Par le recours aux symboles de la logique moderne et à la logique formelle ; il formalise alors ce postulat en proposant quatre formules de la sexualité<sup>112</sup>, deux s'appliquant aux hommes et deux aux femmes. Il emprunte aux logiciens le concept d'universalité fondée sur le principe de contradiction à savoir que l'exception fait la règle et pose du côté homme : le « Tout » et l'« Existence » ; et du côté femme : le « Pas-Tout » et la « Non-Existence ». Ainsi, dans le rapport à l'autre sexe, si le sujet est tout entier pris dans la fonction phallique, c'est un homme. Si au contraire, il n'est pas tout entier dans la fonction phallique, c'est une femme.

Plus précisément, pour les hommes, la formule 4 (proposition universelle affirmative) postule que « tous les hommes sont soumis à la fonction phallique » dans sa valeur positive et dans sa valeur négative c'est-à-dire respectivement la jouissance et la castration. Ceci découlant de la référence au mythe freudien de la horde primitive (Totem et tabou<sup>113</sup>). Selon ce mythe, le père primitif de la horde possédait toutes les femmes de la horde et agissait en despote sur ses fils à qui il interdisait tout rapport sexuel avec ses femmes. Il pouvait en jouir sans craindre la mort. Il n'était donc ni soumis à la castration ni à l'interdit de l'inceste, qui n'existait pas. Dans un élan de révolte, les fils tuèrent le père et le dévorèrent dans un repas

---

<sup>112</sup> Mathèmes, voir Tableau en Annexe.

<sup>113</sup> Freud S. (1912-1913), *Totem et tabou*, Paris, Payot, 1994.

cannibalique. Cependant, pris de remords, ils instaurèrent la loi de l'interdit de l'inceste qui érige le père tyrannique mort en symbole de la filiation et place la castration comme corrélatif de la Loi, à laquelle s'ajoute l'interdiction du parricide pour former les « deux commandements totémiques » (sous-tendus par la castration). Ainsi, si tous les hommes sont soumis à la Loi de la castration, c'est par l'existence d'un homme au moins qui en était exclu : le père de la horde primitive. D'où la formule 1 (proposition particulière négative) qu'on peut appeler formule du Nom du Père ou formule de la Loi du Nom du Père qui agira en opérateur structural du père réel, et qui spécifie qu'il existe « au moins un homme qui n'obéit pas à la fonction phallique » puisqu'il fait exception à la castration.

Pour les femmes, les formules 2 et 3 n'expriment pas une universalité mais une contingence car il n'existe ni de femme équivalente au père de la horde, ni de symbole féminin équivalent au symbole qu'est le phallus qui feraient donc exception à la fonction phallique. La formule 2 traduit donc par la négation qu'« il n'y a pas de femmes qui fassent exception à la fonction phallique » mais la formule 3 spécifie que « les femmes ne sont pas toutes dans la fonction phallique » : aucune n'est limitée par celle-ci. Ainsi, Lacan oppose au phallogocentrisme un dédoublement de la jouissance féminine. Dans cette optique, la femme est une « entité vide », une non-entité mais qui devient « singulière » par l'application d'une règle de paires en contradiction. Dès lors, définie par la négation, les femmes disposent paradoxalement, d'une jouissance supplémentaire (Pas-Toutes entières mais en partie dans la jouissance phallique).

D'où les aphorismes provocateurs de Lacan, « *La femme n'existe pas* »<sup>114</sup> et « *il n'y a pas de rapport sexuel* »<sup>115</sup>.

Dès lors, dans le rapport homme/homme-châtré, il n'y aurait pas de rencontre d'un homme et d'une femme tous deux éléments d'une universalité propre à chacun, mais rencontre d'un homme élément d'un universel (être ayant un phallus) et d'une femme élément d'une contingence (châtrée, être n'ayant pas de phallus mais ayant autre chose en plus).

---

<sup>114</sup> Lacan J. (1973b), *Télévision*, Paris, Seuil, 60. ;

et Lacan J. (1975), *op. cit.*, 68.

<sup>115</sup> Lacan J. (1973a), *op. cit.*, 21.

et Lacan J. (1975), *op. cit.*, 73.

## La sexualité

### 4. 3. 5. De la sexualité à la structuration de la personnalité

Mais la théorie lacanienne de la sexualité dépasse la question de la différence des sexes dans le sens qu'elle est aussi théorie du rapport à la métaphore paternelle engageant l'acceptation du Nom du Père comme représentant de la Loi et de la fonction phallique. Par cela, la théorie de la sexualité est dès lors primordiale quant à l'identité sexuée mais aussi plus globalement est au centre de la cristallisation structurale de la personnalité de l'individu en tant qu'elle délimite la névrose, la psychose et la perversion entre elles.

Succinctement, la névrose est caractérisée par l'acceptation du Nom du Père ce qui revient à accepter « l'erreur commune » du discours et à inscrire la jouissance dans la fonction phallique par l'écriture inconsciente des signifiés (objets) en rapport au signifiant phallique.

Au contraire, la psychose refuse totalement le Nom du Père par la forclusion, équivalente à un déni du phallus. En refusant de s'appuyer sur le Nom du Père, la marge face au désir de la mère est alors considérablement amoindrie ce qui entraîne le sujet dans la soumission à l'initiative de l'autre à laquelle il ne peut répliquer. La forclusion du Nom du Père force le sujet à s'inventer une nouvelle sexualité inédite ne faisant pas référence à la fonction phallique. L'Autre de la jouissance<sup>116</sup> est donc un partenaire d'une importance capitale dans le champ de la jouissance. C'est un persécuteur qui harcèle et devient central dans la vie du psychotique paranoïaque, une personne aimante éminemment importante dans l'érotomanie, une mère faisant couple de manière intrusive tout en étant émettrice d'ordres contradictoires dans la schizophrénie et ce sont aussi les organes qui dysfonctionnent et deviennent lieu de douleur ou d'excitation incontrôlables menant à l'hypocondrie ou à l'automutilation.

Par contre, la conception lacanienne<sup>117</sup> de la perversion manque de clarté. Elle passe tour à tour du concept d'appendice, de version particulière de la psychose (la perversion pure n'existerait pas) au concept de troisième structure à part entière, alternative à la psychose, à mi-chemin entre les structures psychotique et névrotique avec un usage particulier et propre du phallus. Le point de vue analytique différenciant la perversion d'un simple comportement sexuel « déviant » par rapport à une norme établie, est tout de même conservé. Dans la

---

<sup>116</sup> Lacan J. (1975), *op. cit.*

<sup>117</sup> Lacan J. (1962), Kant avec Sade in *Ecrits*, Paris, Seuil, 765-790.

perversion, Lacan souligne le rôle manquant du père et le fait que la mère met son enfant à la place du phallus d'où l'enchaînement du pervers au désir de la mère, à la demande de celle-ci. S'il ne se produit pas une forclusion, le Nom du Père subit malgré tout un refoulement primaire provoquant alors un court-circuit quant à l'attribution du signifiant phallique. La meilleure illustration en est le fétichisme dans lequel le sujet n'est pas hors-la-loi puisqu'il connaît la distinction entre jouissance phallique et jouissance de l'Autre, mais où il se permet toutefois de contourner cette loi par l'objet fétiche. Il en émerge une « loi » strictement personnelle. Il est ici nécessaire pour saisir la distinction entre psychose et perversion de différencier la mère psychotisante de la mère hors-la-loi. La mère psychotisante est pour sa part perçue par l'enfant comme représentante de la loi. En effet dans la psychose, ce serait la mère qui s'imposerait à son enfant comme toute-puissante. La fonction paternelle étant alors complètement niée par celle-ci au regard de l'enfant, le signifiant phallique qu'est le Nom du Père s'en trouverait forclos. Cette toute-puissance maternelle n'aurait aucune référence à l'instance paternelle et à la castration ce qui par ce désaveu, condamne l'enfant à une identification au phallus de cette mère, à une quête sans fin sur la question du désir de celle-ci alors qu'elle ne se soumet justement pas au désir de son enfant et à la loi du désir (jouissance) de l'autre en général. Par contre, dans le cas de la perversion, la mère serait hors-la-loi. Elle n'aurait pas, elle-même, saisi le signifiant phallique et ne pourrait donc symboliser le phallus en tant que fonction à son enfant ce qui entraînera le court-circuit du Nom du Père et la création d'une loi personnelle en marge de la jouissance phallique.

#### ***4. 4. Green A. : le fantasme du genre neutre et les organisateurs de la différenciation sexuée***

En 1973, A. Green<sup>118</sup> entreprend de réaliser une synthèse du savoir analytique concernant la différenciation sexuée. Il postule alors que la différenciation sexuée s'articule autour de trois organisateurs et met en avant l'existence d'un fantasme de l'abolition de la différence sexuelle qu'il nomme le fantasme du genre neutre.

---

<sup>118</sup> Green A. (1975), La sexualisation et son économie, *Revue française de psychanalyse*, 39, 5-6, 905-918.

## La sexuation

Ainsi, A. Green<sup>119</sup> propose comme premier organisateur de la différenciation sexuée l'attribution d'un sexe à l'enfant qui comporte les fantasmes parentaux quant à celui-ci, particulièrement les fantasmes de la mère. Selon A. Green, cet élément est un puissant inducteur dans l'établissement de la monosexualité individuelle. Selon lui, de manière similaire à Stoller, lors de ce stade de la différenciation sexuée, le conflit vient du dehors, du rapport du sujet au monde extérieur. L'enfant ne serait en conflit avec son identité sexuée que dans la mesure où un de ses parents serait lui-même sujet à un conflit relatif à la bisexualité psychique. Selon A. Green, il est nécessaire de considérer cet organisateur tel un relais mutatif humain venant se superposer, dans l'espèce humaine, à l'origine biologique de la sexualité.

Le second organisateur serait le fantasme de la scène primitive qui mettrait l'enfant face à des désirs et à des identifications contradictoires. Ces désirs et identifications seraient à la fois ceux de l'enfant envers ses parents mais aussi dans l'autre sens, ceux des parents envers leur enfant. En effet, l'enfant désirerait ses deux parents et s'identifierait donc à chacun d'eux dans la scène primitive, dans une position masculine vis-à-vis de son désir pour sa mère et dans une position féminine compte tenu de son désir pour son père. De même, les parents susciteraient ce changement de position selon leur rapport à leur bisexualité psychique. Selon A. Green, c'est avec cet organisateur qu'apparaîtrait alors pleinement la dimension conflictuelle se rapportant à la différenciation sexuée. En effet, c'est au moment de cet organisateur que l'enfant doit faire face de manière simultanée à différents désirs et à différentes identifications. Au sein de ce conflit entrerait alors en jeu la libido du Moi (narcissique) de l'individu et les pulsions de destruction. A. Green émet alors l'hypothèse qu'un recours possible face à ce conflit serait un écrasement pulsionnel dominé par le narcissisme primaire ce qui pousserait le sujet dans le fantasme du genre neutre. Par celui-ci, l'enfant renierait désirs et identité sexuelle. Le fantasme du genre neutre est donc à concevoir telle une réponse défensive d'anéantissement du désir sexuel ayant pour origine l'identification sexuée en réaction à la dimension conflictuelle suscitée par ce second organisateur qu'est la scène primitive.

---

<sup>119</sup> Green A. (1973), Le genre neutre in Pontalis J. B. et coll. (1973), *Bisexualité et différences des sexes*, Paris, Gallimard, 389-408.

Comme troisième et dernier organisateur, A. Green<sup>120</sup> pose le complexe d'œdipe. Par celui-ci, la différence des sexes et la bisexualité psychique trouveraient enfin une expression logique dans les mouvements amoureux et identificatoires à l'égard des deux parents. La satisfaction libidinale de la petite enfance prendrait une valeur directement sexuelle dans sa recherche de sensations. Le complexe d'œdipe clôturerait la différenciation sexuée et permettrait l'intervention du complexe de castration qui pour sa part n'est opérant qu'une fois le sujet ayant acquis une identité sexuée. Le complexe de castration n'est donc pas contemporain de la découverte de la différence des sexes mais du moment où celle-ci prend une signification organisatrice. Les notions de différenciation sexuée et de structuration psychique sont alors à lier dans une dimension conflictuelle se situant au croisement de la réalité sexuelle (concrète et objective) et la réalité psychique au sein du complexe œdipe.

### ***4. 5. Chiland C. : une construction psychique de l'identité sexuée***

Bien qu'ayant traduit de l'anglais au français différents ouvrages de Stoller, Chiland<sup>121</sup> a toujours émis des réserves et réticences quant à la traduction littérale du terme *gender* par celui de genre. En effet comme elle le pointe, l'utilisation d'une telle terminologie ne renvoie pas à la même déclinaison. Chiland optera donc de privilégier le terme d'identité sexuée pour attester que l'identité relève de la sexuation et que celle-ci se distingue des rapports et relations sexuels qui relèvent, pour leur part, de la sexualité. Compte tenu de l'ambiguïté persistante malgré ce changement de terminologie (la sexuation reste restreinte à la physiologie, et la sexualité est constamment élargie au-delà du rapport à l'objet sexuel), Chiland<sup>122</sup> propose de conserver comme point de départ le mot sexe pour le décliner selon trois axes, à savoir, le sexe biologique, le sexe social et le sexe psychologique. Ces trois déclinaisons pouvant ensuite s'exprimer selon les deux perspectives que sont la sexuation (qui renvoie à la division de l'espèce selon deux sexes) et la sexualité (qui a trait aux relations et au plaisir sexuels).

---

<sup>120</sup> Green A. (1973), *Ibid.*

<sup>121</sup> Chiland C. (2003a), *op. cit.*

<sup>122</sup> Chiland C. (2003a), *op. cit.*

## La sexualité

D'autre part, revenant sur la distinction nécessaire entre sexualité et sexualité, Chiland choisit de revenir par la même sur l'utilisation ambiguë du terme de bisexualité en psychanalyse (polémique déjà présente de façon générale comme l'expose Cournut<sup>123</sup>) et montre qu'il y a une nécessité de distinguer bisexualité et sexualité. En effet, lorsque Freud et les psychanalystes parlent de bisexualité, cette utilisation du terme manque de clarté. De manière évidente, quand la bisexualité est envisagée dans son aspect identificatoire, elle ferait plutôt référence à la sexualité. Chiland<sup>124</sup> propose donc de concevoir la sexualité comme un jeu où l'on se figure être l'autre, où l'on imagine ce qu'est son vécu corporel. Un individu bisexuel se sentirait à la fois féminin et masculin (dans son identité et en tant que sujet). Et la bisexualité serait un jeu où l'on se place dans la position de l'autre sexe quant à l'attrait et à l'orientation sexuelle et du choix d'objet. Un individu bisexuel aurait une orientation sexuelle double.

Chiland<sup>125</sup> insiste sur le fait que, selon elle, l'identité sexuée est une construction psychique mais elle précise qu'il ne faut pas ici faire d'amalgame entre le mot construction et l'idée d'un acquis ultérieur prenant place à un moment donné du développement. Selon elle, l'identité est sexuée dès les premiers temps et l'identité sexuée existe d'emblée. En effet, Chiland postule que l'identité sexuée n'est pas secondaire car ne s'organisant pas autour de la différence des sexes et du complexe d'œdipe (comme cela est habituellement conçu en psychanalyse). Toutefois, Chiland acquiesce que l'identité sexuée ne va pas de soi. Selon elle, il n'y a pas d'identité neutre ou indifférenciée. L'enfant est affilié à un pôle sexué avant même qu'il vienne au monde par le travail d'élaboration conscient et inconscient de ses parents. Les potentialités de l'enfant de s'inscrire dans un pôle masculin ou féminin dépendent de l'inscription de ses parents dans le champ de l'œdipe et de la castration et dans celui de la sexualité. Ceci constitue une identité sexuée relevant d'un roc psychologique<sup>126</sup> à côté du fameux roc biologique et pouvant avoir le dessus sur ce dernier.

---

<sup>123</sup> Cournut J. (1997), Critique et éloge de la bisexualité in Fine A., le Beuf D., le Guen et coll., *Bisexualité*, Paris, PUF, 31-47.

<sup>124</sup> Chiland C. (1995), De l'essence du féminin, *Psychologie clinique et projective*, 1, 2, Paris, Dunod.

<sup>125</sup> Chiland C. (2003b), *op. cit.*

<sup>126</sup> Braconnier A. (2005), Entretien avec Colette Chiland, *Carnet psy*, 97, 2, 35-41.

Chiland se réfère à Winnicott<sup>127</sup> postulant que l'identité (sexuée) ressemble particulièrement au *Self* : continuité d'être et de se sentir exister de l'être humain individuel. Pour elle, la construction de l'identité sexuée est un paradigme du problème général de la constitution de la psyché dans une interaction entre le biologique et le culturel. Ainsi, de la même manière que c'est au sein de l'unité mère-bébé que le *Self* du nourrisson se développe, c'est au sein de l'unité bébé-parents que se développe l'identité sexuée s'étayant à la fois sur le vécu corporel du nourrisson (différent selon que ce soit un garçon ou une fille) et sur le sexe que les parents lui attribuent à la naissance mais aussi avant dans leurs fantasmes œdipiens. L'enfant a donc un sexe dans la tête de l'autre avant d'en avoir un dans sa tête.

Pour Chiland<sup>128</sup>, il y a un état biologique de mâle et de femelle sur lequel vient se greffer la dichotomie masculin/féminin qui est une interprétation par chaque culture de la différence (biologique) des sexes pour définir ce que sont un homme et une femme. Ainsi, en référence à Simone de Beauvoir, Chiland prône qu' « *On naît ni homme, ni femme, on le devient* ». D'autre part, Chiland refuse l'assimilation faite par la psychanalyse entre féminin/masculin et passif/actif ou phallique/châtré. Selon elle, ces oppositions sont inexactes et trop pauvres pour rendre compte de la multitude de définitions du masculin et du féminin à travers les cultures et les époques. Elle propose de revenir sur des caractéristiques biologiques incontournables sur lesquelles viendraient par la suite des représentations issues d'une part de la fantasmagorie culturelle de la société dans laquelle vit l'individu et d'autre part de sa fantasmagorie personnelle. L'instinct ne s'exprime qu'à travers la culture.

Ainsi, le féminin<sup>129</sup> serait fondé sur le vécu corporel chez la femme de l'attente et de la réceptivité (et non de la passivité) dans le sens que le vécu de la femme « humaine » est rythmé et marqué par une succession de cycles et d'étapes étalés dans le temps : apparition de la poitrine, apparition des premières menstruations qui vont s'inscrire dans un cycle jusqu'à la ménopause mais aussi la défloration avec rupture de l'hymen. La femme attend son passage de l'état d'enfant à celui de femme susceptible d'avoir des rapports sexuels complets et d'être fécondée. La femme attend d'être pénétrée. Elle attend que l'accouchement se déclenche puis la montée du lait. Chiland note que la fillette n'a rien d'actuel et de visible. Tout est à l'intérieur, en devenir, en espérance et sera marqué sous le signe du sang. La femme est aussi

---

<sup>127</sup> Winnicott D. W. (1971a), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1976.

<sup>128</sup> Chiland C. (1995), *op. cit.*

<sup>129</sup> Chiland C. (1995), *op. cit.*



## La sexuation

dans la réceptivité. Dans le coït, elle est réceptive au pénis de l'homme et cela à n'importe quel moment, contrairement à d'autres mammifères. De même, elle porte l'enfant en elle et attend le déclenchement de l'accouchement.

Pour sa part, le masculin<sup>130</sup> est plus complexe dans le sens que le cycle de développement sexuel de l'homme est moins marqué et rythmé d'étapes au niveau biologique d'où un besoin de le marquer socialement par des étapes et des épreuves. L'homme doit faire ses preuves pour être un homme. Pour Chiland, ces épreuves douloureuses ont pour finalité de forger sa capacité à résister à la souffrance. Elles ont la signification d'une séparation du monde des femmes et ont pour objectif d'affirmer la puissance et le contrôle (en référence à l'érection). L'homme doit donc faire ses preuves pour affirmer sa masculinité et pour se distinguer du féminin. Il doit avoir une érection et savoir la maintenir car rien ne se passe s'il n'a pas la puissance de pénétrer la femme. Il est dans l'activité non pas dans le simple sens d'être actif mais dans celui que l'on exige constamment qu'il fasse ses preuves (particulièrement dans le coït).

En résumé, l'un doit pénétrer et l'autre doit être pénétrée. L'un doit faire ses preuves et l'autre doit attendre.

Chiland<sup>131</sup> considère que la différence des sexes renvoie tout être humain à une blessure narcissique fondamentale accompagnée d'angoisses et de sentiments d'envie. Sur ce point, J. McDougall<sup>132</sup> ajoute que cette blessure narcissique de la finitude monosexuée est tout aussi traumatisante et ébranle tout autant la mégalomanie infantile que la découverte de la mort et que celle de son rapport de dépendance à autrui (quant à sa satisfaction). L'enfant souhaiterait conserver son sexe mais disposer en même temps des attributs de l'autre sexe. Le garçon voudrait dès lors garder son pénis mais aussi avoir des seins et le pouvoir d'enfanter. Alors que pour sa part, la petite fille désirerait avoir un pénis sans pour autant abandonner son devenir de femme. Chiland<sup>133</sup> ajoute que cette blessure s'aggrave lors de la comparaison avec l'adulte de même sexe. Le garçonnet constate alors son infériorité face au père et son inaptitude par rapport à la mère. Alors que la petite fille constate que

---

<sup>130</sup> Chiland C. (1988), De l'essence du masculin : réflexion à partir du transsexualisme, *Adolescence*, 6, 1, 75-87.

<sup>131</sup> Chiland C. (1991), Castration et féminité in Chiland C. et coll., *Angoisse et complexe de castration*, Paris, PUF, 81-92.

<sup>132</sup> McDougall J. (1996), *Eros aux mille-et-un visages*, Paris, Gallimard.

<sup>133</sup> Chiland C. (1991), *op. cit.*

contrairement à la mère elle n'a rien de visible. Elle n'a ni la poitrine, ni le pouvoir d'enfanter. Son corps est en devenir. Elle observe également une différence d'avec son père pouvant susciter chez elle une angoisse d'effraction, la différence des sexes avec le pénis alors redouté de par sa taille « adulte ». Or, comme Chiland le souligne, envier l'autre suppose un sentiment de continuité narcissique ce qu'elle rapporte donc au *Self* de Winnicott<sup>134</sup>, construction de sa continuité d'être en tant qu'être humain qui se base sur le fait d'habiter son corps, ce à quoi elle ajoute son corps sexué.

Pour conclure concernant la construction psychique de l'identité sexuée, Chiland<sup>135</sup> reprend l'opposition de Winnicott<sup>136</sup> entre les éléments relevant du *being* féminin (être) et du *doing* masculin (faire) mais ajoute que l'un et l'autre sexe ont à « être » leur corps avant de pouvoir faire quoi que ce soit.

#### **4. 6. Laplanche J. : le genre dans la sexualité élargie**

Laplanche<sup>137</sup> entreprend de revoir la place du genre en psychanalyse. Pour ce faire, il revisite et critique les différents courants qui ont étudié la distinction sexe/genre et ajoute à ce couple ce qu'il nomme le sexual. Il redéfinit alors le genre comme étant l'élément d'une triade ordonnée : genre-sexe-sexual, et replace celle-ci dans sa théorie de la séduction généralisée ainsi que dans celle de la sexualité élargie.

Le sexe est duel de par la reproduction sexuée et la symbolisation de la phase phallique : présence/absence, phallique/castré.

Le sexual est à distinguer du sexe. Le sexual incarne la découverte freudienne : le refoulé de la sexualité infantile condamnée par l'adulte. Il est le résidu de la sexualité infantile perverse et polymorphe, une sexualité élargie non procréative et non sexuée (qui ne connaît pas la différence des sexes). Il se fonde dans l'Inconscient, dans le fantasme, par le refoulement. Pour Laplanche, il y a une opposition entre le sexe et le sexual, entre la différence des sexes et la sexualité infantile orale, anale, paragénitale. Loin d'être duel, le sexual est multiple.

---

<sup>134</sup> Winnicott D. W. (1971a), *op. cit.*

<sup>135</sup> Chiland C. (2003a), *op. cit.*

<sup>136</sup> Winnicott D. W. (1971b), Clivage des éléments masculins et féminins chez l'homme et chez la femme, in Pontalis J. B. et coll. (1973), *Bisexualité et différences des sexes*, Paris, Gallimard, 473-496, 1973.

<sup>137</sup> Laplanche J. (2003), *op. cit.*

## La sexualité

Pour sa part, le propre du genre serait, selon Laplanche, de véhiculer des contenus (en grande partie inconscients) conceptuellement impurs touchant au sexe et à la sexualité. Le genre agirait en coopération avec le sexe « adulte » contre le sexual. L'opposition sexe/genre s'avèrerait être un couple d'alliés contre le sexual. Dès lors, Laplanche propose l'hypothèse que le sexual serait le résidu inconscient du refoulement-symbolisation du genre par le sexe.

Pour Laplanche, il y a une précession du genre sur le sexe, du social sur l'anatomique - descriptif et perceptif, différent du biologique - par le primat de l'Autre qui s'exprime dans l'assignation. Toutefois, le genre n'organise pas le sexe. Au contraire, il serait organisé par lui dans la séduction généralisée. C'est sur ce point que Laplanche critique et s'éloigne des conceptions ethnologiques et féministes du genre. Il souligne que ces points de vue sont trop adulte-centriques et négligent la situation anthropologique fondamentale de l'enfant - relation universelle entre l'enfant qui n'a pas d'Inconscient génétiquement programmé et un adulte habité par un Inconscient. Dès lors, l'énigme du genre, du masculin-féminin ne devrait pas être envisagée selon le point de vue de l'enfant qui devient adulte ou selon celui de l'adulte se remémorant l'enfant mais dans la simultanéité de l'enfant, en présence de l'adulte, s'interrogeant sur cette différence chez ce dernier. De même, Laplanche accepte que le genre soit social car le genre est assigné. Toutefois, il signale qu'il est nécessaire d'être prudent quant à cette définition du genre. Pour lui, le genre n'est pas social dans le sens du rapport direct de l'individu à la société ou à la culture car ce n'est pas la société qui assigne un genre à l'enfant mais ses proches. Le genre est social au sens du *socius* de la préhistoire personnelle de l'enfant, dans le sens du rapport de l'enfant aux petits groupes de *socii* que sont ses parents et ses proches.

Partant de ces remarques, Laplanche replace donc le genre dans sa théorie de la séduction généralisée. Cette théorie explique l'origine de la pulsion en postulant que la relation d'attachement est une communication qui comporte un code, des messages et des bruits. Lors des soins corporels au sein de la relation parent-enfant, l'autre adulte envoie de façon codée des messages énigmatiques à l'enfant dans un langage préconscient-conscient. Mais il faut préciser que lors de cette relation, il y a simultanéité des échanges du fait que les deux protagonistes enfant-adulte sont actifs dans cette communication. L'adulte émet le message. L'enfant reçoit le message et le traduit par le code. L'adulte en présence de l'enfant est confronté à la réactivation de sa propre sexualité infantile. Dès lors, son Inconscient serait engagé dans la communication et infiltrerait les messages. Cette perspective réinterprète la

notion d'après-coup dans un échange où les deux participants sont actifs. L'Inconscient parental agirait tel un bruit de fond dans la communication.

Concernant l'assignation du genre, elle se ferait par ces messages énigmatiques comportant le bruit de l'Inconscient sexué et sexual de l'adulte. Le sexué et le sexual des parents brouilleraient les messages énigmatiques et l'assignation par leurs fantasmes et leurs attentes conscientes ou inconscientes. Le genre est donc acquis de façon énigmatique par ces messages et sera traduit et fixé par le sexe vers deux ans. Laplanche précise donc que concernant le genre et son assignation, il s'agirait plutôt d'une identification « par » l'adulte que « à » l'adulte.

Compte tenu que son travail sur ce sujet n'en est alors qu'à ses débuts, et ce qui peut sembler paradoxal, Laplanche conclut en posant des hypothèses selon lesquelles :

- 1 - Le genre précéderait le sexe dans le sens que le social précède le biologique,
- 2 - L'assignation précéderait la symbolisation (du phallus),
- 3 - Il y aurait une identification primaire « par » l'adulte et non « à » l'adulte,
- 4 - La différence anatomique des sexes aurait un caractère contingent, perceptif et illusoire.

Par ce travail, Laplanche a réélaboré une théorie psychanalytique de l'assignation du genre en mettant ce concept en rapport à la sexualité élargie et l'intégrant à la séduction généralisée. Son point de vue peut être résumé par la triade ordonnée genre-sexe-sexual : d'abord, le genre social, ensuite, le sexe de la différence des sexes, puis le sexual : résidu de la sexualité infantile condamnée par l'adulte, produit du refoulement du genre par le sexe.

## **5. Synthèse sur le sexe chez l'être humain : de l'identité sexuée au transsexualisme**

Cette première partie constitue la base nécessaire avant les présentations du transsexualisme et de la transformation hormonale et chirurgicale. En effet, à partir de ce passage en revue des différentes approches du sexe, il est maintenant nécessaire de retenir certains points essentiels avant de poursuivre ce travail.

Premièrement, il est important de noter que la polysémie du terme sexe dépasse le simple problème terminologique. Par la présentation de ces différentes approches, nous avons pu constater que ce problème se situe au-delà, à un point de vue conceptuel. A titre d'exemple, on peut remarquer que les différentes conceptions du terme « genre » présentées

## La sexuation

ci-dessus sont étroitement liées à l'orientation théorique des auteurs. Ainsi, selon les auteurs, le genre est comportemental, identitaire, cérébral, culturel ou sociopolitique. Or, le sexe du cerveau, le troisième sexe, le rôle de genre et l'identité de genre plus que des perspectives différentes, sont des objets d'études différents. De même, certains travaux majeurs sont parfois mis en relation de manière très extrapolée. Ainsi, il est fréquent que soient faites les comparaisons entre le transsexualisme, le troisième sexe et l'intersexuation pseudo-hermaphrodites alors que ces phénomènes, bien qu'ils aient en commun de porter sur le rapport de l'individu à son sexe, restent très différents et cela au point qu'il est erroné de vouloir expliquer l'un par les résultats et conclusions de l'autre. L'objectif de cette première partie n'était donc pas de proposer une perspective intégrative de toutes ces différentes approches mais plutôt de mettre en avant leurs nuances et différences que nous retrouverons autour de la question du transsexualisme.

Au sujet du transsexualisme, il convient de spécifier à la lumière de cet exposé sur le sexe, deux points cruciaux pour l'étude de ce phénomène. Premièrement, le transsexualisme relève du sexe et plus précisément du sexué. Le terme de genre défini comme psychosocial ne convient pas dans la mesure où les patients transsexuels ni ne remettent en cause la différence des sexes par le genre, ni ne définissent cette différence en terme uniquement social. La problématique transsexuelle engage le vécu subjectif et personnel sur une dimension essentiellement psychologique et c'est en cela qu'il est plus approprié de recourir au terme de sexe psychologique. Deuxièmement et de manière complémentaire à cette première remarque, il faut préciser que la problématique transsexuelle relève de l'identité et non des rôles, des comportements. Partant de ces deux remarques, on peut conclure que le transsexualisme relève précisément de l'identité sexuée.



## **La sexuation**

## II. Le transsexualisme

Le transsexualisme, dans la forme que nous rencontrons de nos jours, a plus de cinquante ans. Ce terme est utilisé « officiellement », pour la première fois, par H. Benjamin<sup>138</sup> (endocrinologue et sexologue) lors d'une conférence de l'Académie de médecine de New York qui eut lieu le 18 décembre 1953. Et cela, alors que juste une année auparavant, au Danemark, le cas Georges devenu Christine Jorgensen, ancien soldat américain devenu femme, est très médiatisé (première réassignation hormono-chirurgicale du sexe reconnue comme réussie). Le *New York Daily News* du 1<sup>er</sup> décembre 1952 titre en première page, « Un ex-GI devient une ravissante blonde ». Christine Jorgensen deviendra l'icône transsexuelle. Elle sera élue femme de l'année en 1953 et publiera son autobiographie<sup>139</sup> en 1967.

Toutefois, comme il l'a été exposé dans l'introduction, le transsexualisme reste encore à l'heure actuelle un phénomène énigmatique et complexe donnant lieu à de fortes controverses et convoquant plusieurs champs et disciplines telles la médecine, les affaires sociales et la justice pour ne citer que celles-ci. Concernant le domaine médical, de manière générale et synthétique, les questions posées par le transsexualisme s'articulent autour de trois axes que sont son étiologie, le choix qui fait débat de recourir à la THC ou à une psychothérapie, puis concernant plus spécifiquement la psychologie, la psychanalyse et la psychiatrie, la place du transsexualisme dans la nosographie ainsi que l'étude de son fonctionnement psychique.

Laissant de côté la transformation hormonale et chirurgicale pour la suite de ce travail du fait qu'elle y tient une place centrale et qu'il convient donc de lui réserver une partie entière, il semble ici nécessaire de revenir sur le phénomène transsexuel. Ainsi, après avoir donné une définition et un bref historique de ce phénomène, cette seconde partie concernant le transsexualisme s'attachera à donner une description aussi complète que possible de celui-ci sous les angles de la nosographie et de la sémiologie, avant de présenter les divers points de vue étiologiques qui rappelleront les approches exposées ci-dessus dans la partie « le sexe

---

<sup>138</sup> Benjamin H. (1953), *op. cit.*

<sup>139</sup> Jorgensen C. (1967), *op. cit.*



## Le transsexualisme

chez l'être humain », puis de conclure par la proposition de nouvelles perspectives concernant la problématique transsexuelle mais aussi l'identité sexuée.

### 1. Définition du transsexualisme

Etymologiquement, le terme transsexualisme est composé du préfixe « trans » et du suffixe « sexe ». Le préfixe « trans » vient du latin et signifie « au-delà ». Il exprime une traversée. Couplé avec le sexe, le transsexualisme peut, dès lors, se concevoir telle une traversée de l'autre côté de cette frontière infranchissable qu'est le *secare* pour vivre au-delà de son sexe anatomique, comme un au-delà du sexué.

Comme il l'est dit ci-dessus, le terme apparaît officiellement avec H. Benjamin<sup>140</sup> en 1953. Pourtant quatre ans plutôt, en 1949, Cauldwell<sup>141</sup> publiait un article s'intitulant « *Psychopathia transsexualis* » en référence au « *Psychopathia sexualis* » de Krafft-Ebing<sup>142</sup>, et bien avant encore, en 1923, Magnus Hirschfeld<sup>143</sup> avait déjà publié « *Seelischer transsexualismus* ».

Pour H. Benjamin<sup>144</sup>, les « vrais » transsexuels se sentent appartenir à l'autre sexe. Ils désirent être et fonctionner comme membre du sexe opposé et non pas seulement apparaître comme tel, ce qui est le cas dans le transvestisme. Pour eux, leurs organes sexuels sont des infirmités dégoûtantes qui doivent être changées par le bistouri du chirurgien. C'est seulement à cause des progrès récents de l'endocrinologie et des techniques chirurgicales que cette demande a pu émerger.

En 1956, en France, J.-M. Alby<sup>145</sup> 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 ».

---

<sup>140</sup> Benjamin H. (1966), *The transsexual phenomenon*, New York, Julian Press.

<sup>141</sup> Cauldwell D. O. (1949), *Psychopathia Transsexualis*, *Sexology*, 16, 274-280.

<sup>142</sup> Krafft-Ebing R. Von (1886), *Psychopathia sexualis*, Paris, Payot, 1958.

<sup>143</sup> Hirschfeld M. (1899), L'annuaire des différences intersexuelles.

<sup>144</sup> Benjamin H. (1966), *op. cit.*

<sup>145</sup> Alby J.-M. (1956), *Contribution à l'étude du trans-sexualisme*, Thèse de médecine, Paris.

En 1968, dans *Recherches sur l'identité sexuelle*, Stoller<sup>146</sup> écrit que le transsexualisme est la conviction inébranlable d'un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe. Chez l'adulte, cette croyance s'accompagne de nos jours de demandes d'interventions chirurgicale et endocrinienne pour modifier l'apparence anatomique dans le sens de l'autre sexe.

Une définition plus récente issue du « Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique » de Postel<sup>147</sup> reprend certains de ces éléments. Selon celle-ci, le transsexualisme est une véritable conviction quasi délirante d'appartenir au sexe opposé à celui que la nature a donné au sujet qui va tenter d'obtenir par tous les moyens son changement de sexe. Postel ajoute que ce syndrome après son expansion dans les années 50, semble ne pas pouvoir être associé à une pathologie mentale manifeste (telle la schizophrénie) ce qui fut un critère de diagnostic mais qui a été exclu de la dernière version du DSM-IV-TR<sup>148</sup>. Postel souligne en plus la nécessité de distinguer le transsexualisme masculin vers féminin et le transsexualisme féminin vers masculin, très différents l'un de l'autre.

De manière consensuelle, il est important de donner la définition « officielle » de l'OMS que l'on trouve actuellement dans la 10<sup>e</sup> version de la Classification Internationale de Maladies (CIM). Selon celle-ci, le transsexualisme serait :

*« le 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 »*<sup>149</sup>

De toutes ces définitions, il convient de faire un tri pour en garder quelques éléments essentiels. Premièrement, il faut retenir la forte croyance et l'importante conviction que les sujets transsexuels expriment quant au sexe revendiqué. Deuxièmement, il y a le rejet du sexe anatomique, de leur corps sexué. A partir et à propos de ces deux premiers signes, les sujets parlent d'une « erreur de la nature » et expriment une demande de modification de leur

---

<sup>146</sup> Stoller R. J. (1968), *Recherches sur l'identité sexuelle*, New York, Science House, 1978.

<sup>147</sup> Postel J. (1998), *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Paris, Larousse-Bordas, 439.

<sup>148</sup> American Psychiatric Association, APA (2004), *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition-Texte Révisé (DSM IV-TR), Paris, Masson, 666-674.

<sup>149</sup> Organisation Mondiale de la Santé, OMS (1993), *Troubles de l'identité sexuelle in Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version (CIM 10)*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 390.

## Le transsexualisme

apparence corporelle par la transformation hormono-chirurgicale visant une réassignation sexuelle. Et dernièrement, on retiendra qu'il y a un transsexualisme masculin et un transsexualisme féminin, les deux n'étant pas identiques concernant leur fréquence, leur démarche et peut-être même quant à leur origine malgré qu'ils aient le même thème et le même vœu.

## 2. Histoire du transsexualisme

Il y a plusieurs manières d'appréhender la naissance de ce phénomène. On peut, tout d'abord, considérer que le transsexualisme a toujours existé quel que soient les cultures et les époques et ce, même s'il a pris une nouvelle forme depuis que la médecine a répondu à cette demande par la transformation hormonale et chirurgicale. Cette perspective nécessite alors d'entreprendre une relecture d'anciennes monographies, études de cas et vignettes cliniques présentant hypothétiquement la même conviction d'appartenir à l'autre sexe que les sujets transsexuels d'aujourd'hui mais qui n'auraient pu être diagnostiqués comme tels compte tenu de l'époque.

L'autre point de vue consiste à prendre comme première apparition du phénomène, le cas Christine Jorgensen<sup>150</sup> qui correspond de même à celle de l'intervention hormono-chirurgicale ce qui revient à nier l'existence possible de cas antérieurs non répertoriés, non présentés ou diagnostiqués. Or, il est vrai que la proposition d'une transformation hormonale et chirurgicale constitue un tournant crucial concernant le transsexualisme et que la médiatisation de celle-ci a joué un rôle dans l'accroissement du nombre de demandes de changement de sexe, mais peut-on réellement penser que personne n'avait une telle conviction auparavant ? Il est un fait qu'antérieurement un discours comportant cette conviction pouvait être confondu avec la perversion, l'homosexualité, le transvestisme, le fétichisme ou avec la psychose et le délire. Ainsi, sans enlever leur importance aux dimensions iatrogène et médiagène de la transformation hormonale et chirurgicale et au cas C. Jorgensen, il semble probable que le transsexualisme était mal différencié et diagnostiqué de manière erronée, ou encore que certains individus ont dû vivre dans leur époque sans jamais pouvoir communiquer le thème et le vœu typiques du discours transsexuels actuels, leur dilemme leur semblant sans solution.

---

<sup>150</sup> Jorgensen C. (1967), *op. cit.*

Une troisième direction intermédiaire postule que le transsexualisme serait le produit de la société postmoderne actuelle. Or, s'il est plausible que la tendance postmoderne de la société actuelle ait une influence sur le phénomène transsexuel, ce point de vue comporte tout de même une part d'exagération compte tenu que la problématique transsexuelle caractérisée par le thème et le vœu transsexuels semble ancienne voire intemporelle ou en tout cas, antérieure au modernisme et au postmodernisme sociétaux.

### ***2. 1. Avant la transformation hormonale et chirurgicale : la préhistoire du transsexualisme***

Cette démarche est difficile et peu précise car elle nécessite une recherche laborieuse en comparant mais aussi en interprétant le transsexualisme actuel avec des cas de transvestismes et/ou de troubles de l'identité sexuée du passé, ce qui a pour conséquence de laisser une part importante d'incertitude. Toutefois, il ne faut pas négliger l'existence probable de cas de transsexualisme au Moyen-âge ou à une époque antérieure n'ayant pas été répertoriés et/ou décrits sous cette perspective.

Ainsi, dans l'histoire de France, on rapporte le cas du chevalier d'Eon<sup>151</sup> qui fut sujet à un syndrome de transvestisme au XVIIIe siècle et donna son nom à l'éonisme. Il aurait servi la diplomatie secrète du roi en s'habillant en homme ou en femme. Il vécut jusqu'à la fin de sa vie en femme selon les versions : soit en exécutant une condamnation de Louis XVI, soit après en avoir demandé la permission au même roi. On a aussi rapporté au siècle précédent (XVIIe), l'histoire de l'abbé de Choisy qui s'habillait en femme et se faisait appeler Comtesse de Barres. Il est dit qu'il fut élevé en fille par sa mère et se déclarait femme.

Dans un contexte plus médico-légal, les premières descriptions cliniques généralement reconnues datent de la première partie du XIX<sup>e</sup> siècle. D'après J.-M. Alby<sup>152</sup>, la première publication est issue de l'observation médicale par Esquirol<sup>153</sup> d'un cas de monomanie délirante. Et on peut ajouter à celle-ci les observations de C. C. H. Marc<sup>154</sup> et de Leuret<sup>155</sup>.

---

<sup>151</sup> Delay J., Deniker P., Lempérière T., Benoit J.-C. (1954), Histoire d'un travesti : l'éonisme, *L'Encéphale*, 43, 385-398.

<sup>152</sup> Alby J. M. (1956), *op. cit.*

<sup>153</sup> Esquirol J. E. D. (1838), Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Paris, édition J. B. Baillière.

<sup>154</sup> Marc C.C.H. (1840), De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-juridicielles, Paris.

<sup>155</sup> Leuret F. (1834), *Fragments psychologiques sur la folie*, Crochard, Paris.

### ***2. 2. L'introduction de la transformation hormonale et chirurgicale : le transsexualisme d'aujourd'hui***

La façon « moderne » de concevoir la naissance du transsexualisme serait de se fier aux premières interventions hormono-chirurgicales. Elle a l'avantage de dates précises mais n'est pas aussi aisée qu'il y paraît, puisque avant les progrès actuels sur les vaginoplasties et phalloplasties, les patients transsexuels se contentaient d'une castration pour les hommes et d'une mammectomie pour les femmes.

A partir de ce point de vue, on peut considérer un ensemble de dates d'interventions comme le commencement progressif du phénomène transsexuel précédant tout de même le cas, très médiatisé, de Christine Jorgensen. Ainsi, P. H. Castel et ses collaborateurs<sup>156</sup> commencent leur chronologie du phénomène transsexuel en 1910.

Parmi les dates qu'ils présentent, le cas Lucill devenu Alan Hart après une mastectomie pratiquée par J. Gilbert, en 1918, dans l'Oregon. Alan se maria et aura une carrière médicale et littéraire. Ce cas sera publié, en 1920, dans *Journal of nervous and mental diseases*.

En Europe, aux alentours de 1920, M. Hirschfeld<sup>157</sup> propose les premiers traitements hormonaux et chirurgicaux à l'*Institut für Sexualwissenschaft* de Berlin en se basant sur les travaux endocrinologiques de Steinach<sup>158</sup>. Etudiant ce qu'il nomme le transvestisme, M. Hirschfeld évoque alors le « *seelischer transsexualismus* ». Puis, en 1931, son assistant Félix Abraham<sup>159</sup> décrit deux premiers cas de changement de sexe ayant eu recours à la chirurgie dix ans plus tôt. Celui de Rudolf devenu Dora après avoir subi une castration, une pénectomie et une tentative de greffe de vagin artificiel, et le cas de Gertrude devenue Gert après une ablation des seins et des ovaires puis une tentative de greffe de testicules.

---

<sup>156</sup> Castel P. H. et coll. (2003), *La métamorphose impensable, essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Gallimard, Paris.

<sup>157</sup> Hirschfeld M. (1931), *Die intersexuelle Konstitution*, *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.

<sup>158</sup> Steinach E. (1912), *Willkürliche umwandlung von säugetiermännchen in Tiere mit ausgeprägt weiblichen geschlechtscharakteren und weiblicher psyche*, *Pflügers archiv*, 144, 71.

<sup>159</sup> Abraham F. (1931), *Perversions sexuelles*, François Aldor, Paris, 241-243.

### 2. 3. *Actualité du transsexualisme*

Après l'hypermédiatisation de la transformation de Christine Jorgensen, cette dernière et H. Benjamin reçoivent un immense afflux de lettres de personnes demandant ce traitement. De nos jours, le nombre de demandes s'est stabilisé mais les études épidémiologiques manquent de précisions. A partir des données récentes, la HAS<sup>160</sup> retient une approximation de la prévalence se situant entre 1/10 000 et 1/50 000 et conclut que le transsexualisme n'est pas un phénomène exceptionnel. Concernant le *sex ratio*, le transsexualisme féminin vers masculin reste moins fréquent que son homologue masculin vers féminin. En effet, selon plusieurs résultats regroupés par le DSM-IV, même si certaines études ont souligné une évolution vers l'équilibre du *sex ratio* avec une moyenne de 3 : 1 - nombre de transsexuels masculin vers féminin pour un transsexuel féminin vers masculin - celui-ci varie entre 8 : 1 et 2,5 : 1 et la prévalence moyenne du transsexualisme serait de 1/30 000 hommes et de 1/100 000 femmes<sup>161</sup>.

Du point de vue social et politique, revendiquant une proximité avec la dépsychiatisation de l'homosexualité, un débat concernant la dépsychiatisation et de la dépathologisation du transsexualisme venu du milieu associatif activiste et militant a pris une ampleur internationale.

En France en février 2010, la Ministre de la Santé du moment, Mme R. Bachelot-Narquin, a annoncé le déclassement du transsexualisme des affections psychiatriques. Par un décret publié au Journal Officiel, le transsexualisme est passé du code de Sécurité Sociale psychiatrique Affection Longue Durée 23 (ALD23) au code ALD31 dit hors liste réservé aux maladies orphelines et aux états de santé nécessitant des soins longs et coûteux. Pour les Pouvoirs Publics, la classification psychiatrique était « *vécue par les transsexuels de manière très stigmatisante en ce qu'elle introduit une confusion entre trouble de l'identité de genre et affection psychiatrique* ». Dans la continuité de cette démarche, la France s'est engagée à œuvrer dans le sens de la dépsychiatisation du transsexualisme vis-à-vis de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'American Psychiatric Association (APA). Parallèlement,

---

<sup>160</sup> Haute Autorité de Santé, HAS (2009), Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France, version pour consultation publique-avril 2009.

<sup>161</sup> Berthon C. (2006), Le transsexualisme, *Nervure journal de psychiatrie*, T. XIX, 9, P 1 et 3-5

## **Le transsexualisme**

la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>162</sup> a publié un rapport concernant l'état de la prise en charge actuelle du transsexualisme en France qui a mené le Ministère de la Santé à entreprendre de réformer celle-ci par la mise en place d'un projet à venir de protocole national de soins dispensé sur le territoire dans des centres de compétences se référant à un centre national de référence.

Au niveau international, l'OMS a entrepris une réflexion sur le souci du classement du transsexualisme parmi les affections psychiatriques pour la onzième édition de la classification internationale des maladies (CIM 11) alors que le groupe de travail de l'APA en charge de la révision des troubles sexuels et de l'identité sexuelle pour la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) travaillait dans un climat houleux sur une nouvelle conception du trouble non-stigmatisante prenant en compte les revendications et remarques du milieu associatif et militant.

De son côté, le milieu associatif a mis en place par internet une pétition demandant l'exclusion de Kenneth J. Zucker, directeur du groupe de travail sur les troubles sexuels et de l'identité sexuelle de l'APA, ce dernier étant jugé anti-transsexuel de par son travail thérapeutique avec les jeunes enfants présentant des troubles de l'identité sexuelle qui vise à aider l'enfant à accepter son sexe corporel. Cette confrontation difficile a été partiellement apaisée par la nomination de Peggy Cohen-Kettenis, professionnelle jugée comme étant bienveillante par le milieu associatif, en tant que responsable du sous-groupe en charge de la révision du trouble de l'identité sexuelle.

Tant d'un point de vue descriptif que pour pouvoir exposer la complexité que représente le transsexualisme, il est maintenant intéressant de reprendre les diverses conceptions du transsexualisme dans les nomenclatures internationales depuis son introduction à la polémique actuelle.

---

<sup>162</sup> HAS (2009), *op. cit.*

### 3. Le diagnostic de transsexualisme dans les classifications internationales

#### 3. 1. *Le transsexualisme dans la Classification Internationale des Maladies, selon l’OMS*

Le transsexualisme apparaît pour la première fois dans la 9<sup>e</sup> version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-9)<sup>163</sup> en 1977. Il est alors classé dans la catégorie « déviations sexuelles et troubles sexuels » du chapitre 5 des troubles mentaux de la partie *névroses, troubles de la personnalité et autres troubles mentaux*.

En 1993, lors de la publication de la 10<sup>e</sup> version de la CIM<sup>164</sup>, il est alors reclassé dans la catégorie des troubles de la personnalité et du comportement chez l’adulte du chapitre *des troubles mentaux et du comportement*. Toutefois, la CIM-10 distingue cinq troubles de l’identité sexuelle (dont les deux derniers s’appliquent aux troubles intersexués). Ces troubles de l’identité sexuelle sont :

- le transsexualisme,
- le transvestisme bivalent,
- le trouble de l’identité sexuelle de l’enfance,
- les autres troubles de l’identité sexuelle,
- et le trouble de l’identité sexuelle sans précision.

Le transsexualisme est alors défini selon trois critères :

- 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.

---

<sup>163</sup> Organisation Mondiale de la Santé, OMS (1977), Troubles de l’identité sexuelle in *Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9<sup>e</sup> version (CIM 9)*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

<sup>164</sup> OMS (1993), *op. cit.*



## Le transsexualisme

L'OMS préconise de faire un diagnostic différentiel entre le transsexualisme et le transvestisme bivalent qui a trois critères :

- 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.

### **3. 2. Le transsexualisme dans le DSM, selon l'APA**

Le trouble de l'identité sexuelle apparaît pour la première fois en 1980, dans la troisième édition du DSM<sup>165</sup>. Ce trouble est alors classé dans la catégorie des *troubles psychosexuels* et comporte deux entités distinctes : le trouble de l'identité sexuelle de l'enfance et le transsexualisme. Au niveau du contexte, l'introduction de ce trouble a lieu durant le débat compliqué et la décision finale du retrait de l'homosexualité de cette classification. Encore aujourd'hui, un lien est fait entre le retrait de cette dernière et l'introduction du transsexualisme. L'idée des opposants au trouble de l'identité sexuelle étant que celui-ci est une manière déguisée de maintenir une psychiatrisation de l'homosexualité.

En 1987, lors de la révision de la troisième édition du DSM<sup>166</sup>, le trouble de l'identité sexuelle est déplacé dans la catégorie des *troubles apparaissant habituellement dès la première enfance et la deuxième enfance, ou à l'adolescence*.

Il regroupe alors quatre diagnostics :

- le trouble de l'identité sexuelle de l'enfance,
- le transsexualisme,
- le trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence ou de l'âge adulte de type non transsexuel
- et trouble de l'identité sexuelle non spécifié.

---

<sup>165</sup> American Psychiatric Association, APA (1980), Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 3<sup>e</sup> édition (DSM III), Paris, Masson.

<sup>166</sup> American Psychiatric Association, APA (1987), Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 3<sup>e</sup> édition révisée (DSM III-R), Paris, Masson.

### **3. 2. 1. Dans les DSM IV et DSM IV-TR**

En 1994, dans le DSM IV<sup>167</sup>, le terme de transsexualisme disparaît de la classification dans un souci de neutralité théorique et de non stigmatisation. Le trouble de l'identité sexuelle est reclassé dans les troubles sexuels rebaptisés *troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle*. Les quatre diagnostics précédents sont alors réduits et regroupés en un seul et unique trouble de l'identité sexuelle codé ensuite selon l'âge actuel du patient à savoir F64.2[302.6] pour le trouble de l'identité sexuelle chez les enfants et F64.0[302.85] pour le trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents ou chez les adultes.

Le trouble de l'identité sexuelle non spécifié est conservé mais est placé en marge et comprend les affections intersexuelles s'accompagnant d'une dysphorie de l'identité sexuelle, le comportement de travestissement transitoire lié au stress et la préoccupation persistante par la castration ou l'ablation du pénis en l'absence de désir d'acquérir les caractéristiques sexuelles de l'autre sexe.

En 2004, le DSM IV-TR<sup>168</sup> n'apporte pas de changement au diagnostic de trouble de l'identité sexuelle et à ses critères. Seule la section texte descriptif y est révisée.

Les critères et spécifications nécessaires au diagnostic de trouble de l'identité sexuelle du DSM IV et du DSM IV-TR sont :

- **Critère A**: 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**: 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 :

---

<sup>167</sup> American Psychiatric Association, APA (1996), Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition (DSM IV), Paris, Masson.

<sup>168</sup> APA (2004), *op. cit.*

## Le transsexualisme

- 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'attrance 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

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

Prise dans le débat de la dépsychiatisation du transsexualisme<sup>169</sup>, la révision du diagnostic du trouble de l'identité sexuelle a été difficile et a tenté de répondre à cinq problèmes<sup>170</sup> posés par le milieu associatif :

- Similarités et différences entre les termes transsexualisme et trouble de l'identité sexuelle,
- Incapacité des critères du DSM IV à rendre compte de l'ensemble du phénomène de variation de genre,
- Le risque potentiel d'exams invasifs non nécessaires pour exclure les conditions d'intersexuation induites par le critère C,

---

<sup>169</sup> Nombreux éléments de cette partie ont dû être traduits de l'anglais au français par l'auteur de cette thèse. 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.

<sup>170</sup> Cohen-Kettenis P. T. & Pfäfflin F. (2009), The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults, *Archives of sexual behavior*, published online 17 october 2009.

- La nécessité du critère D concernant la souffrance clinique pour le diagnostic de trouble de l'identité sexuelle,
- Le fait que le diagnostic s'applique toujours après l'opération chirurgicale de réassignation.

En effet, l'association *Gender Reform Advocates*<sup>171</sup> propose le terme de dissonance de genre et réclame que ce nouveau diagnostic soit défini par une détresse due à la non-conformité sociale chronique et 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 ce qui résulte des préjudices ou de l'intolérance à savoir de conséquences sociétales du symptôme,
- Exclure la référence à l'orientation sexuelle comme pathologique (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 hypothétique élément pouvant être pris en considération pour le pronostic),
- Différencier les patients 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 - qui peuvent être dits en rémission et n'ont donc plus à porter un diagnostic psychiatrique - de ceux dont cela n'est pas le cas.

Le groupe de travail pour répondre à cette requête de prendre en compte toutes les variations de genre mais aussi de les distinguer entre elles, s'est trouvé confronté à deux possibilités<sup>172</sup> : celle de revenir au modèle du DSM III-R qui comportait plus de catégories avec notamment le « trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence ou de l'âge adulte de type non transsexuel » ; ou alors celle d'adopter un modèle dimensionnel pouvant rendre compte de toutes ces variétés avec différents degrés de dysphories de genre permettant notamment de discriminer les personnes pouvant être candidates à la transformation

---

<sup>171</sup> Winters K. (2005), Gender dissonance: diagnostic reform of gender identity disorder for adults in Karasic D. & Drescher J. (2005), *Sexual and gender diagnoses of Diagnostic and Statistical Manual (DSM): A reevaluation*, Haworth Press Inc., 71-89.

<sup>172</sup> Cohen-Kettenis P. T. & Pfäfflin F. (2009), *op. cit.*

## **Le transsexualisme**

hormonale et chirurgicale de celles pour qui ce traitement ne convient pas. Il est ici important de préciser que toute la révision du DSM 5 et non seulement celle du trouble de l'identité sexuelle, s'oriente vers une approche dimensionnelle et non plus catégorielle des troubles. Il est donc possible que ce choix d'un modèle dimensionnel de l'identité sexuelle découle à la fois des revendications du milieu associatif mais aussi du guide général de travail de l'APA.

Dès lors, le transsexualisme a dans un premier temps été renommé « incongruence de genre »<sup>173</sup> et classé dans la catégorie des « autres conditions pouvant nécessiter des soins cliniques ». Les critères proposés pour ce diagnostic d'incongruence de genre par le groupe de travail de l'APA sur le trouble de l'identité sexuelle sont :

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 ou sans trouble du développement du sexe (intersexuation ou pseudohermaphrodisme)
- Post-transition ou non

---

<sup>173</sup> Meyer-Bahlburg H. F. L. (2009), From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions, *Archives of sexual behavior*, published online 23 october 2009.

### 3. 2. 3. Critiques du DSM et de l'incongruence de genre

Cette proposition n'a pu être exemptée de reproches. Ainsi, A. Lawrence<sup>174</sup> apporte certaines critiques à l'incongruence de genre et à ses critères. Selon elle, la conception d'un « genre exprimé et vécu » est synonyme d'identité sexuelle et le terme d'incongruence de genre n'est qu'un euphémisme de l'identité sexuelle, qui a le défaut d'être incorrect mais surtout trop vague et imprécis. En effet, cette incongruence concerne l'identité sexuelle et le sexe biologique car à la naissance, c'est le sexe qui est pris en compte et assigné selon la morphologie des organes génitaux externes et non le genre. A. Lawrence propose plutôt d'adopter l'appellation « trouble dysphorique de genre » et de conserver la catégorie « trouble de l'identité de genre non spécifié » du DSM IV pour les patients ne s'identifiant ni à un sexe, ni à un autre.

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 sur de souffrance/inconfort. En effet, le groupe de travail de l'APA pense qu'il serait approprié de pouvoir diagnostiquer une variation de genre chez des patients ne présentant ni détresse, ni inconfort quant à celle-ci. Or, comme le fait remarquer A. Lawrence, ces patients n'existent pas. Hypothétiquement, ils présenteraient une forte identification à l'autre sexe et raconteraient avoir les sensations et réactions typiques de l'autre sexe mais ne désireraient pas de transformation hormonale et chirurgicale et ne seraient pas dérangés par le fait de vivre en tant que membre de leur sexe de naissance. Cette absence de critère concernant la souffrance et l'inconfort entraîne la non nécessité d'un diagnostic d'incongruence de genre.

De plus, le retrait du diagnostic d'incongruence de genre une fois le traitement terminé, plus qu'un faux bénéfice est en fait préjudiciable. En effet, premièrement dans le cas de besoin de soins ultérieurs il est important, pour plusieurs raisons dont la qualité de cette prise en charge et l'assurance maladie, que ce diagnostic ne soit pas enlevé. Selon A. Lawrence, du fait qu'il soit fréquent que la dysphorie de genre ne se limite pas à la THC mais au contraire, persiste après la chirurgie de réassignation, et du fait que les patients puissent avoir besoin d'une prise en charge, notamment psychologique pendant des mois voire des années. Elle propose donc, plutôt que le retrait du diagnostic après la transformation

---

<sup>174</sup> Lawrence A. A. (2010), Proposed revisions to gender identity disorder diagnoses in the DSM-5, *Archives of sexual behavior*, published online, 20 october 2010.

## **Le transsexualisme**

hormonale et chirurgicale, de maintenir le diagnostic et de spécifier si ce dernier est en rémission partielle ou complète, ou encore un antécédent.

Concernant le retrait de la spécification de l'orientation sexuelle, en tant que proche des idées de R. Blanchard sur l'autogynéphilie<sup>175</sup>, A. Lawrence tient à rappeler sa valeur descriptive et pronostique. En effet, les recherches antérieures ont montré, bien qu'il soit encore nécessaire d'étudier cette donnée, que les patients transsexuels attirés par les personnes du même sexe biologique que le leur (homosexuels avant la THC<sup>176</sup>, hétérosexuels après) présentaient un meilleur pronostic que ceux attirés par le sexe biologique opposé au leur (hétérosexuels avant THC). Cet aspect sera repris en détails plus tard dans la partie concernant les sous-types de transsexualisme.

Pour finir, A. Lawrence s'oppose à ce que les patients intersexués soient éligibles au diagnostic d'incongruence de genre. En effet, les patients intersexués présentant un trouble de l'identité sexuelle diffèrent des patients transsexuels. Le trouble de l'identité sexuelle, son développement et son traitement chez ces deux types de patients ne sont pas comparables. Les patients intersexués ont déjà un diagnostic médical et un traitement qui leur est propre.

Suite à ces critiques, la commission en charge de la révision du trouble de l'identité sexuelle pour le DSM 5, a finalement renommé l'incongruence de genre, dysphorie de genre et a ajouté le critère spécifiant la post-transition ou non, un critère de souffrance, ainsi qu'une dysphorie de genre non spécifiée.

### ***3. 3. Le transsexualisme dans le Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) de l'Alliance des organisations psychanalytiques***

Comme son titre l'indique, le PDM<sup>177</sup> est une nomenclature des troubles mentaux proposant une approche psychodynamique des troubles et non une approche essentiellement descriptive comme dans le DSM. Dans le PDM, le trouble de l'identité sexuelle est classé parmi les symptômes de l'expérience subjective (Axe S) dans la partie troubles de la santé mentale de l'adulte.

---

<sup>175</sup> Blanchard R. (1989), The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria, *The journal of nervous and mental disease*, 177, 10, 616-623.

<sup>176</sup> THC : abréviation pour Transformation Hormonale et Chirurgicale.

<sup>177</sup> PDM Task Force (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Silver Spring MD, Alliance of Psychoanalytic Organisations.

Le PDM insiste sur la nécessité de différencier ce trouble par rapport aux délires psychotiques qui peuvent porter sur les thèmes d'être de l'autre sexe ou d'avoir les organes sexuels de l'autre sexe.

Le trouble de l'identité sexuelle y est décrit selon quatre aspects cliniques qui sont :

- **Sur le plan affectif** : les patients présentent souvent une humeur dépressive pouvant aller jusqu'au suicide. Il y a des sentiments agressifs et négatifs à l'encontre des parties sexuées du corps. Les sujets pratiquant le transvestisme occasionnel racontent se sentir intérieurement différents lors de cette pratique. Par exemple, un homme biologique raconte se sentir plus doux, chaud, chaleureux et réceptif. Une femme biologique dit se sentir plus agressive, impatiente et dure.
- **Sur le plan cognitif** : les patients ne montrent généralement pas de perte de l'épreuve de réalité. Ils souffrent d'une disparité entre le sexe psychologique et leur sexe morphologique. Cette discordance peut les préoccuper constamment et profondément.
- **Sur le plan somatique** : il y a des préoccupations et inconforts intenses sur des parties du corps considérées comme n'étant pas à eux. La souffrance qui peut accompagner ce dilemme psychologique entraîne que les patients transsexuels sont des sujets présentant un risque élevé d'abus de substances ou à d'addiction.
- **Sur le plan relationnel** : il y a de grandes variations allant de l'isolement complet à des liens profonds et durables. Les entrelacements et disjonctions des relations entre l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et le rôle sexuel chez ces patients montrent la complexité de la sexualité humaine.

#### 4. Eléments cliniques supplémentaires

Hormis, le fait que les critères du DSM restent restreints au descriptif, ils deviennent particulièrement insuffisants car mis à mal par l'augmentation de demandes d'interventions et de traitements hormonaux par des patients transvestis bivalents et par l'émergence du mouvement transgenre dont les adhérents se revendiquent « ni homme, ni femme » ou « homme et femme » et qui dans cette optique, demandent une réassignation sexuelle partielle pour vivre dans un entre-deux<sup>178</sup>. Dès lors, il est nécessaire d'observer et de se référer à d'autres signes caractéristiques du transsexualisme. Fautrat<sup>179</sup> a entrepris une revue de littérature sur la sémiologie du transsexualisme mais il convient d'être prudent avec celle-ci.

---

<sup>178</sup> Marchand J.-B., Pelladeau E., Pommier F. (2014), Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame, *Evolution Psychiatrique*, accepté, juin 2014.

<sup>179</sup> Fautrat P. (2001), *De quoi souffrent les transsexuels ?*, Paris, éditions des archives contemporaines.



## **Le transsexualisme**

Premièrement, une revue de littérature ne peut être mise au même niveau que l'expérience clinique. De plus, depuis la publication du travail de Fautrat, certains auteurs dont notamment Chiland ont révisé leur point de vue sur le transsexualisme. Enfin, bien que cette revue de littérature est en grande majorité d'inspiration psychanalytique. Or, Fautrat, par son écriture, ne distingue pas assez (voire calque) le contenu manifeste et le latent, la réalité matérielle et la réalité fantasmatique. De même, à partir d'une approche clinique, il est indéniable que ces signes sont plus subtils et modérés que dans cette revue de littérature. Dès lors, ces signes seront présentés ci-dessous en y ajoutant certaines nuances et précisions, mais aussi certains éléments descriptifs complémentaires.

### ***4. 1. Un récit plaqué, ancré dans la réalité matérielle visant l'obtention de la THC***

Les patients transsexuels interrogés sur leur passé ont un discours normatif, stéréotypé, dénué de toute dimension fantasmatique. Ainsi, ils racontent que cette conviction datent de leur plus jeune âge, qu'ils n'appréciaient pas voire haïssaient les jeux, les jouets, les vêtements, les activités typiques des enfants de même sexe biologique que le leur. Au contraire, ils adoraient tous les objets et activités attribués aux enfants de sexe opposé. De même, ils n'aimaient pas la compagnie de leurs pairs de même sexe et préféraient fréquenter et jouer avec des camarades de l'autre sexe. Le récit est interprété par certains professionnels comme n'étant qu'un argumentaire visant à convaincre l'équipe pluridisciplinaire et toute autre personne du bien-fondé de leur demande d'une THC. C'est à partir de ce signe abusivement généralisé que Chiland et A. Oppenheimer ont été amenées à faire la remarque trop sévère que la rencontre d'un seul patient transsexuel suffisait à connaître tous les patients transsexuels, ces derniers racontant tous la même histoire. Tout d'abord, il est important de rappeler que Chiland a revu sa position quant à cette affirmation. De même, concernant ce signe, il est primordial de prendre en considération le cadre de la consultation. En effet, ces consultations ont pour objectif d'évaluer la conviction du patient. Cet objectif est tout autant l'affaire du psychiatre que celle du patient. Mais les patients transsexuels ne consultent pas du moins dans un premier temps, pour comprendre ce qu'ils ont ou ce qui leur arrive. Ils le font espérant convaincre le médecin du bien fondé de leur démarche et espérant obtenir l'autorisation d'accéder à la transformation. Lors d'entretien postdiagnostic ou en-dehors du circuit que forme le parcours de soins, le discours des patients laisse entrevoir toute la singularité de leur vécu et de leur parcours personnel.

#### ***4. 2. Précisions concernant le rejet du sexe anatomique***

Il y a chez ces sujets une horreur et un rejet violent de leurs attributs sexuels : le pénis chez les transsexuels masculin vers féminin et la poitrine chez les transsexuels féminin vers masculin. Tous rejettent avec une haine farouche ces attributs qui les font souffrir. Le rejet est radical et le vécu au quotidien est intolérable ce qui peut amener à penser que les patients transsexuels souffrent plus d'une incapacité à vivre dans leur corps sexué que d'une conviction et d'un désir de vivre et d'appartenir à l'autre sexe. Par ailleurs, il a été décrit dans la littérature des cas de patients réclamant une ablation des organes génitaux sans reconstruction d'un sexe opposé au leur par la suite : castration sans modelage d'un néovagin ou d'un néo-pénis. Ceci est plus fréquent chez les sujets TFM<sup>180</sup>. Ces derniers demandent une mastectomie et une hystérectomie sans avoir recours d'une phalloplastie pour la construction d'un néo-pénis. Cependant, il faut ici prendre en compte le rapport entre le risque et le résultat potentiellement insatisfaisant de cette dernière intervention chirurgicale. En effet, cette opération est dangereuse et nécessite le prélèvement de peau et de muscle (de l'avant bras ou de la cuisse) pour constituer un greffon. De plus, le néo-pénis n'est pas toujours fonctionnel, pas toujours érectile et les problèmes concernant sa fonction urinaire seraient fréquents. Ceci explique que certains patients TFM ne désirent pas prendre ce risque.

#### ***4. 3. Un rapport au vêtement***

Le recours au vêtement constitue comme une enveloppe imaginaire surinvestie par les patients. Par l'intermédiaire de celui-ci, le transsexuel vit comme une renaissance sous les traits qu'il convoite. Ce rapport est sur certains points proche et différent du travestissement et du fétichisme. En effet, contrairement au transvesti classique dont le recours au vêtement s'inscrit dans une dimension sexuelle pour accéder à la jouissance, le patient transsexuel utilise ce bon objet pour contenir, neutraliser, voire évacuer l'objet obscène. Le premier travestissement chez les transsexuels MF se fait le plus souvent avec les habits de la mère. Le vêtement devient l'intermédiaire entre le Moi du sujet et le corps de la mère. On peut y voir un retour à la symbiose mère/bébé de Stoller<sup>181</sup> qui parle dans les relations précoces entre la mère et l'enfant d'un partage merveilleux « peau à peau ». Il se joue, dans ce rapport

---

<sup>180</sup> Les abréviations TMF et TFM seront adoptées pour désigner respectivement les Transsexuels Masculin vers Féminin (hommes biologiques) et les Transsexuels Féminin vers Masculin (femmes biologiques).

<sup>181</sup> Stoller R. J. (1985), *op. cit.*.

## **Le transsexualisme**

spécifique au vêtement de la mère, des processus d'identification à la mère comme femme parfaite, par l'étoffe. Le Moi fragile, voire poreux, du transsexuel dont les limites sont floues, se confond grâce au vêtement à l'enveloppe maternelle prise comme objet idéal, donnant le pouvoir au sujet d'incarner « La femme ». Par cela, ce rapport au vêtement peut être rapproché du concept de « Moi-Peau » de D. Anzieu<sup>182</sup>. A partir de là, il faut aussi analyser le vêtement maternel comme objet érotique avec un aspect fétichiste même si le patient TMF n'évite pas par celui-ci l'angoisse de castration générée par la prise de conscience de la différence des sexes comme dans les cas de fétichisme<sup>183</sup> « classique » où l'objet fétiche est le substitut du pénis maternel. Le vêtement permet ici au sujet transsexuel de nier la différence des sexes au niveau de l'identité sexuée, plus précisément entre lui et sa mère, et non au niveau de la sexualité.

### ***4. 4. Une représentation archaïque et stéréotypée de la différence des sexes***

Dans un premier temps, Chiland a écrit que le discours des patients transsexuels était souvent très pauvre, normatif et conformiste. Les TMF parlent de se marier, de rester à la maison, de faire la cuisine, de promener leur enfant adopté et d'attendre leur mari. Il faut peut-être y voir le contre-balancement d'une fragilité identitaire du sujet à qui les normes comportementales vont fournir l'étayage de son identité sexuée par des rôles sexués stéréotypés.

Mais cette vision stéréotypée n'empêche pas les patients de concevoir la femme comme un être absolu, merveilleux, transcendant, pur et au-dessus de la sexualité. Elle est perçue comme angélique et d'une beauté absolue. C. Millot<sup>184</sup> souligne que cette conception de La femme avec un grand « L » majuscule, toute entière femme, plus femme que toutes les femmes et valant pour toutes, semble comme un équivalent du père freudien de la « horde primitive », celle dont Lacan clamait la non existence. Celle-ci a les traits de la génitrice universelle.

---

<sup>182</sup> Anzieu D. (1974), *Moi-Peau*, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9, 195-208.

<sup>183</sup> Freud S. (1927), *Le fétichisme*, in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 133-138, 2002.

<sup>184</sup> Millot C. (1983) *Horsexe : Essai sur le transsexualisme*, Paris, Point Hors Ligne. (en référence à la fameuse citation de Lacan, voir ci-dessous)

Au contraire, l'homme est perçu comme sale et violent, ce qui a des conséquences sur la perception de la sexualité.

Ces stéréotypes sociaux décrits et adoptés par les transsexuels au sujet de la féminité et de la masculinité sont interprétés par de nombreux auteurs comme un maintien à l'âge adulte des théories sexuelles infantiles. Ainsi pour P. Mercader<sup>185</sup>, le sujet transsexuel déssexualise la féminité. Pour ces patients, les femmes n'ayant pas de pénis sont représentées comme n'ayant pas de sexe. Dès lors puisque la femme n'est qu'un homme châtré, le sujet n'a donc qu'à se faire châtrer pour devenir une femme ou à se pourvoir d'un pénis pour devenir un homme, ce qui correspond à la demande d'intervention chirurgicale du transsexuel.

Concernant ce signe, il convient comme pour « le discours plaqué » ci-dessus de préciser que Chiland a nuancé ce point et de ne pas oublier le fait que le contexte particulier de la consultation avec le psychiatre et que les premiers temps de cette dernière peuvent cacher certaines subtilités du discours des patients qui apparaîtront ultérieurement ou dans d'autres consultations.

### ***4. 5. Le rapport à l'autre***

Le transsexuel a besoin de convaincre l'autre de manière à se faire « reconnaître » par lui. L'autre a donc un pouvoir actif sur le narcissisme du patient qui cherche à être perçu comme appartenant à l'autre sexe puisque chez ce dernier, l'apparence joue un rôle primordial. Pour Chiland<sup>186</sup>, le sujet transsexuel a une identité vraie fissurée et cherche alors constamment et avec avidité, la confirmation de son identité sexuée dans le regard de l'autre. Il a un besoin de renforcement de sa conviction par l'image que lui renvoie l'autre. Cette quête demeure sans fin et ne réussit jamais à combler le patient en lui assignant définitivement sa nouvelle identité sexuée. L'autre est donc incessamment mis à contribution même s'il s'avère incapable de dissiper complètement les doutes du patient et cela, même après une importante amélioration suite à la transformation hormonale et chirurgicale.

---

<sup>185</sup> Mercader P. (1994), *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan.

<sup>186</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

### 4. 6. *Une sexualité particulière*

Les patients transsexuels présentent une importante rareté, pour ne pas dire une absence, de pratiques sexuelles. Les sujets ont une image de la virginité comme idéal. Dès lors, la représentation du coït entre un homme et une femme est connotée comme très sauvage, l'homme souillant la femme, contrainte et condamnée à perdre sa pureté. La femme au contraire de l'homme, est située du côté de la tendresse et de l'amour. Elle est étrangère à la sexualité. Les transsexuels seraient incapables de dépasser la scène primitive. Avant comme après l'opération, la sexualité génitalisée leur semble peu intéressante et reste donc pauvre. Souvent les sujets pensent que leur vie sexuelle s'épanouira après l'opération. Or, il n'en est rien. J.-M. Alby<sup>187</sup> remarque l'importance de la composante narcissique chez ces patients avec la recherche de la beauté, l'importance du miroir et l'intérêt quasi exclusif pour le regard de l'autre et son jugement. Ceci peut expliquer le paradoxe entre l'« inexistence » de sexualité des patients et le fait que certains s'adonnent parfois à la pratique de la prostitution qui hormis, le fait que cette dernière résulte principalement de la désinsertion sociale dont les patients peuvent être victimes, peut aussi traduire une envie d'accumuler les expériences sexuelles et de séduire le plus d'hommes possible, différente mais malgré tout proche de la précarité sexuelle exposé par Estellon<sup>188</sup> chez les patients souffrant d'addiction sexuelle. Cette pratique d'accumulation prenant alors la valeur d'un triomphe de leur féminité.

Il est ici nécessaire d'ajouter des éléments découlant du rapport à l'autre et du rejet du corps sexué. De manière synthétique et générale, la problématique de l'identité sexuée fait obstacle à la sexualité. Avant l'aboutissement de la transformation hormonale et chirurgicale, les relations sexuelles et amoureuses sont comme gênées (ou même empêchées) par ces deux éléments. Les rapports physiques leur rappellent le corps sexué qu'ils rejettent et qui les font parfois souffrir, ceci pouvant aller jusqu'à ce que les patients refusent que leur partenaire touche ou voit les parties sexuées de leur corps. De même, les relations amoureuses avec ou sans rapports sexuels laissent toujours entrevoir les questions personnelles particulièrement difficiles et emmêlées d'être soi-même hétérosexuel ou homosexuel, d'être vis-à-vis de l'autre considéré comme un homme ou comme une femme et concernant le désir hétérosexuel ou homosexuel de ce partenaire. Quand ils sont attirés par des personnes de même sexe

---

<sup>187</sup> Alby J.-M. (1956), *op. cit.*

<sup>188</sup> Estellon V. (2005), Sexualités précaires et précarité sexuelle, *Cliniques méditerranéennes*, 2, n° 72, p. 63-79.

biologique qu'eux, les patients disent ne pas se sentir à l'aise dans la communauté gay et lesbien et de même, ne pas trouver les relations qu'ils désirent dans les rapports avec des partenaires « purement » homosexuels. Ils désirent des relations hétérosexuelles ou du moins avec des personnes « purement » hétérosexuelles. Ce point peut être conçu comme la recherche d'une confirmation ou d'une mise à l'écart de doutes concernant l'identité sexuée dans le rapport à l'autre (qu'il soit amoureux et/ou sexuels et même en général). Celui-ci devenant particulièrement conflictuel du fait que la relation perçue comme homosexuelle ne convient pas aux patients voir les déstabilisent et que celle perçue comme hétérosexuelle leur semble et leur est en partie inaccessible.

## 5. Les différents types de transsexualismes

### 5. 1. *Les transsexualisme masculin vers féminin et transsexualisme féminin vers masculin*

Comme il l'a été écrit ci-dessus, le transsexualisme féminin vers masculin ne peut être considéré comme étant exactement le même phénomène que son homologue masculin vers féminin.

Premièrement, le transsexualisme féminin est plus rare que celui masculin. Il a même été en comparaison à celui-ci en partie inconnu du public.

De plus, le résultat et les risques de la transformation hormonale et chirurgicale ne sont pas équivalents à ceux du transsexualisme masculin. L'hystérectomie et la mastectomie sont très fréquentes et de qualité du fait qu'elles sont des opérations fréquentes pratiquées chez d'autres patientes. Par contre, la phalloplastie reste une opération rare, que peu de chirurgiens pratiquent, dont les risques sont importants et les résultats incertains malgré les progrès actuels. Comme il l'a déjà été noté ci-dessus, le néopénis n'est pas toujours érectile et le choix de la mise en place d'une prothèse à l'intérieur de l'organe artificiel augmente le risque de rejet. Les problèmes de la fonction urinaire sont courants. Dès lors, chaque décision doit être particulièrement réfléchi. Il reste plus compliqué de construire chirurgicalement un néopénis qu'un néovagin. 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. Mais cette intervention bien que beaucoup moins risquée, peut ne convenir au désir à certains patients TFM. En effet, par celle-ci, le clitoris peut ressembler à un pénis mais reste de petite taille et sans aucune fonction érectile à celui-ci. Ainsi, si elle

## Le transsexualisme

peut convenir à certains patients, elle laisse à d'autres une certaine insatisfaction voire une frustration. Ce dernier point concernant les organes génitaux entraîne une distinction majeure quant au parcours de soins des TFM comparé à celui des TMF. En quelque sorte, il n'y a pas de parcours de soins TFM « typique ». Ce parcours est moins balisé. Certains patients s'arrêtent à l'hystérectomie et à la mastectomie. D'autres vont s'orienter vers un allongement du clitoris. Enfin, certains vont faire le choix d'une phalloplastie. Pour toutes ces raisons, le parcours de soins n'a donc pas une finalité aussi bien définie que celui des patients TMF et certains TFM se retrouvent dans une position proche de celle des personnes transgenres qui pour leur part se définissent comme étant « ni homme, ni femme » ou alors « homme et femme à la fois ». C'est alors plus le discours de la personne plus que la condition « physique » qui permet de faire la distinction entre transgenres et TFM. Les TFM se définissent en tant qu'homme, pas les transgenres.

D'autre part, du point de vue psychanalytique, si la problématique transsexuelle reste la même avec le même thème et le même vœu transsexuels, certains auteurs considèrent les deux versants comme différents sur les plans de l'étiologie et du fonctionnement psychique. Par conséquent, avant d'aborder en détail les différents points de vue relatifs à l'étiologie et au fonctionnement psychique des patients transsexuels en général, il est nécessaire de présenter brièvement les hypothèses spécifiques au transsexualisme féminin vers masculin mises en avant par les auteurs pointant une certaine différence entre les TFM et les TMF.

Ainsi, Stoller<sup>189</sup> attribue au transsexualisme féminin une composante homosexuelle plus importante et postule que chez ces derniers l'identification découlant de ce choix d'objet tient plus de place que chez les TMF. Du point de vue étiologique, là où le petit garçon futur TMF vivrait une symbiose parfaite avec sa mère, la petite fille TFM à venir serait confrontée à une rupture de cette symbiose consécutive à des troubles vécus par la mère. La petite fille se tournerait alors vers son père mais ce dernier serait absent et insatisfaisant tant dans sa relation à la mère que dans sa relation à la petite fille. La petite fille développerait dès lors une identité de genre masculine par amour pour sa mère mais aussi par refus de s'identifier à cette féminité perçue comme dangereuse. De même, cette identité masculine comporte une part de haine envers un père qui ne prend pas soin de sa mère. Il y a donc identification à l'image d'un homme qu'il fallait pour la mère, à un homme qui sait comment aimer une femme.

---

<sup>189</sup> Stoller R. J. (1985), *op. cit.*

Du point de vue social, Chiland<sup>190</sup> souligne que les filles « garçons manqués » sont mieux tolérées socialement que les garçons « efféminés ». Elle observe une famille dans laquelle la mère est déprimée, dévalorisante et insécurisante. La petite fille n'y fait pas l'objet de tendresse. Elle n'est pas cajolée. Dans ce contexte, la petite fille développerait alors un rapport médiocre au sein qui deviendra ensuite « une horreur d'être comme la mère ». La seule solution serait alors de devenir un homme mais un homme différent du père qui est perçu comme faible, insatisfaisant, incapable de protéger la mère et pourvu d'un pénis dangereux imaginé comme un instrument de guerre.

Concernant spécifiquement le transsexualisme féminin, Lothstein<sup>191</sup> influencé par la *Selfpsychology* se réfère à la pathologie du narcissisme et à la personnalité borderline. Selon lui, la demande de changement de sexe chez le sujet TFM résulte d'une perturbation du *Self system*. Il postule que les parents de ces patients auraient inconsciemment tout mis en œuvre pour empêcher la constitution d'une identité sexuée féminine chez leur petite fille. La petite fille aurait subi deux messages durant la période œdipienne. Soit la mère ne pouvant accepter le sexe de la fille l'aurait encouragé à se masculiniser. Ce message résonne alors chez le sujet comme « je ne peux t'aimer que comme mon fils ». Soit la mère aurait présenté la féminité comme un état dangereux susceptible d'être détruit à tout moment par le père. Dans les deux conditions, la féminité de l'enfant serait alors dévalorisée et la bisexualité psychique se cliverait en une composante masculine adéquate et une féminine inadéquate. Cette attitude des parents restant circonscrite à la féminité du *Self system* de la fille, n'entraverait pas le développement du Moi-même si ce dernier restera faible d'où le recours nécessaire à des mécanismes de défense narcissiques archaïques tels le déni, le clivage, la projection et l'identification projective. Selon ce point de vue, le désir de changement de sexe est alors conçu comme une restauration du Soi.

Sous l'angle de la théorie lacanienne, selon Dor<sup>192</sup>, le transsexualisme féminin serait plus de l'ordre de la perversion alors que celui masculin de l'ordre de la psychose mais le transsexualisme en général renverrait à cet intermédiaire entre les deux structures. Dor

---

<sup>190</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>191</sup> Lothstein L. M. (1983), *Female-to-Male Transsexualism. Historical, Clinical and Theoretical Issues*, Boston, Routledge & Kegan Paul.

<sup>192</sup> Dor J. (1986), *Structure et perversions*, Paris, Denoël.



## Le transsexualisme

reprend les travaux de J.-M. Alby<sup>193</sup> et de Kress-Rosen<sup>194</sup> et rapproche le transsexualisme féminin de l'homosexualité féminine. Pour J.-M. Alby, les sujets TFM assument à l'âge adulte un rôle masculin actif envers les femmes substituts maternels. De même, Dor est en accord avec l'analyse des deux types de transsexualisme de Kress-Rosen qui insiste sur le rapport de la petite fille au complexe de castration et sur l'envie du pénis. La réponse de la plupart des femmes à la castration serait une accentuation de leur complétude dans la maternité triomphante. Or, les sujets TFM ne pouvant s'en satisfaire demanderaient une greffe pénienne dans le réel. Cette revendication serait donc une manière alternative de répondre au complexe de castration. Kress-Rosen remarque que la distinction entre les deux types de transsexualisme relève de la différence entre l'être et l'avoir. Alors que le transsexuel masculin vers féminin revendique de l'être et de ne pas l'avoir, le transsexuel féminin vers masculin revendique que l'être ne suffit pas, il faut l'avoir.

Dor souligne pour sa part que le transsexuel féminin vers masculin cherche à paraître homme mais pas à être désiré en tant qu'homme d'où une proximité avec l'homosexualité féminine. Ceci serait la distinction fondamentale d'avec les TMF qui investissent libidinalement l'objet féminin de façon constante et précoce. Dor<sup>195</sup> l'illustre par la comparaison entre l'hystérie, l'homosexualité féminine et le transsexualisme féminin vers masculin. Il reprend alors la place centrale du rapport au phallus et de la distinction de ce dernier d'avec l'organe. L'hystérique, l'homosexuelle et le transsexuel féminin vers masculin s'efforcent tous trois de démontrer au père ce qu'est un homme authentique et vont réagir différemment selon la distinction du phallus et du pénis.

L'hystérique distingue parfaitement le phallus de l'organe. Elle les met en opposition afin d'affirmer que la virilité peut se passer de l'organe. La revendication phallique qu'elle exprime laisse entrevoir une identification inconsciente à l'homme mais l'ambivalence concernant son identité sexuelle s'exprime dans des interrogations sur la féminité.

L'homosexuelle fait aussi la distinction entre l'organe et le phallus mais elle serait dans la revendication virile et défierait l'homme sur le terrain des rapports sexuels en voulant lui montrer comment on doit faire l'amour à une femme et ce, en donnant le phallus qu'elle

---

<sup>193</sup> Alby J. M. (1956), *op. cit.*

<sup>194</sup> Kress-Rosen N. (1962), Introduction à la question du transsexualisme, *Le Discours psychanalytique*, 3, Paris, 13-17.

<sup>195</sup> Dor J. (1986), *Ibid.*

n'a pas à une partenaire qui n'en a pas, non plus. Le pénis ne serait pas nécessaire. Il ne suffirait pas de le donner à la femme. Ainsi, l'homme serait incapable de donner à une femme ce qu'il n'a pas, à savoir autre chose que le pénis, le phallus. C'est un défi sur fond de déni de la castration propre à la perversion.

Contrairement aux deux présentations précédentes, le sujet TFM n'accéderait pas à cette dialectique du don phallique et confondrait le signifiant phallique et l'organe. Il y aurait alors le défi d'une identification impossible. La distinction entre pénis et phallus n'est pas effective et le « paraître » devient alors fondamental. Dès lors, il est impératif que l'image que les TFM ont d'eux-mêmes corresponde à leur identité sexuelle revendiquée et la transformation est alors conçue telle la sculpture d'un idéal corporel. Par celle-ci, la revendication phallique s'exprime dans et sur le corps du sujet. Ainsi pour Dor, les transsexuels féminins semblent plutôt se situer dans la nécessité phallique de l'avoir propre à la perversion, que dans l'aliénation à une exigence phallique de l'être quasi psychotique que Dor attribue aux transsexuels masculins, et cela même si comme il le souligne, il est alors nécessaire de réviser l'idée freudienne de l'inexistence d'une perversion féminine.

### ***5. 2. Les transsexualisme primaire et transsexualisme secondaire***

Au départ, cette distinction s'appliquait essentiellement aux transsexuels masculin vers féminin. Elle dérive de ce que Stoller<sup>196</sup> nommait comme le « transsexualisme vrai » qui concernait les patients dont la problématique transsexuelle est des plus précoces et apparaît dans une dynamique familiale particulière correspondant à sa proposition étiologique. Cependant, le recours au terme de transsexualisme vrai ne convenait pas puisqu'il appelait la distinction d'un transsexualisme faux ou pseudo-transsexualisme comme si les patients présentant une problématique transsexuelle apparue ou dévoilée plus tardivement, n'étaient pas des transsexuels.

---

<sup>196</sup> Stoller R. J. (1968), *op. cit.*, p 119.

## Le transsexualisme

Pour cette raison, Stoller<sup>197</sup> a repris la distinction faite par Person et Ovesey<sup>198</sup> entre un transsexualisme primaire et un transsexualisme secondaire synonyme de transsexualisme précoce et de transsexualisme tardif avec pour ce dernier : deux déclinaisons : transsexuel homosexuel et transsexuel transvesti. Le transsexualisme primaire apparaîtrait très tôt et de façon intense dès l'enfance. La conviction serait forte et permanente et le patient ne ferait aucune concession à son sexe d'assignation. Mais cette distinction avait aussi pour objectif de différencier le transsexualisme du transvestisme et de l'homosexualité, ces derniers éléments étant tellement prépondérant et confondant chez les patients transsexuels secondaires. En ce sens, la distinction entre transsexualisme primaire et transsexualisme secondaire est devenue synonyme de transsexualisme vers l'hétérosexualité et de transsexualisme vers l'homosexualité : le premier concernant des patients TMF désirant la transformation pour satisfaire un désir de relations sexuelles avec des hommes, et le second concernant des personnes TMF amoureuses de leur image en femme et cherchant des partenaires femmes ce que R. Blanchard<sup>199</sup> appellera l'autogynéphilie.

Dans la pratique, cette distinction pose problème. Tout d'abord, elle mélange plusieurs éléments difficiles à apprécier et qui peuvent être indépendants les uns des autres : l'intensité de la problématique transsexuelle, sa précocité et l'orientation sexuelle. Dans la pratique clinique, ces divers points sont beaucoup plus nuancés et moins tranchés que dans ces descriptions.

De plus, concernant la précocité et la description de Stoller, il est nécessaire de préciser que Stoller fait ici le rapprochement entre son expérience professionnelle avec des patients transsexuels adultes et celle avec des enfants souffrant de trouble de l'identité sexuée. Or, les études catamnétiques d'enfants présentant un troubles de l'identité sexuée<sup>200</sup> montrent que ces derniers évolueraient plutôt vers l'homosexualité et que seulement une minorité très réduite de 2-3% de ces enfants deviendrait transsexuels à l'âge adulte. La majorité de ces enfants s'orienterait vers l'homosexualité ou la bisexualité (environ 75%), plus de 6% deviendraient hétérosexuels et plus de 15% présenteraient une orientation sexuelle incertaine.

---

<sup>197</sup> Stoller R. J. (1985), *op. cit.*, p 162.

<sup>198</sup> Person E. & Ovesey L. (1974a), The transsexual syndrome in males I. Primary transsexualism, *American journal of psychotherapy*, 28, 4-20.  
et Person E. & Ovesey L. (1974b), The transsexual syndrome in males II. Secondary transsexualism, *American journal of psychotherapy*, 28, 174-193.

<sup>199</sup> Blanchard R. (1989), *op. cit.*

<sup>200</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*, p 129.

Il n'y a donc pas de lien direct entre le trouble de l'identité sexuée chez l'enfant et le transsexualisme. Sans remettre en question le discours des patients transsexuels, il est ici nécessaire de garder à l'esprit que c'est le récit d'un adulte qui parle du vécu de son enfance et que celui-ci est potentiellement différent des enfants présentant un trouble de l'identité sexuée. Comme Chiland<sup>201</sup> le conclut, les « transsexuels à la Stoller », les transsexuels primaires, sont dès lors très rares.

Cependant, le souci majeur de cette distinction reste le fait qu'elle présente des éléments de bon pronostic quant à la finalité de la transformation mais que la réalité clinique est plus complexe que ces descriptions. Selon les auteurs qui défendent de manière plus ou moins drastique cette distinction entre transsexualismes primaire et secondaire, il conviendrait de ne prescrire la transformation hormonale et chirurgicale qu'aux patients transsexuels primaires. Or, en pratique, cette position est trop rigide et restrictive car cette description est à la fois en partie fautive et particulièrement rare. Elle ne rend pas compte de la réalité et de la multitude des trajectoires singulières de la problématique transsexuelle éligibles à la transformation.

### ***5. 3. Le transsexualisme et le phénomène transgenre***

Cette dernière distinction ne concerne pas un sous-type de transsexualisme mais une distinction difficile entre le transsexualisme et l'entité transgenre. L'entité transgenre est récente et n'est pas clairement identifiée. Elle vient du milieu associatif et militant et n'est pas à l'heure actuelle une entité médicale.

Le terme « transgenre » n'est pas clairement et consensuellement défini et cela, ni dans le milieu médical, ni dans celui associatif. Pour certains, il s'agit d'une nouvelle entité proche mais distincte du transsexualisme. Pour d'autres, il s'agit d'un nouveau terme plus précis qui devrait remplacer celui de transsexualisme ou d'une supra-catégorie qui devrait englober le transsexualisme. Ainsi, sans donner d'éléments précis permettant d'établir une réelle distinction entre le transsexualisme et le phénomène transgenre, la World Professional Association for Transgender Health (WPATH, ex-HBIGDA) et l'APA définissent ces termes de la façon suivante :

---

<sup>201</sup> Chiland C. (1997), *Ibid*, P 66.

## Le transsexualisme

« **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. »<sup>202</sup>

« **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. »<sup>203</sup>

Puis selon l'APA :

« **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. »<sup>204</sup>

« **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. »<sup>205</sup>

D'un point de vue clinique, on peut observer que les personnes transgenres parlent d'indifférenciation des sexes plus ou moins en référence au mouvement *Queer*. Ils se disent ni hommes, ni femmes, les deux à la fois ou successivement l'un puis l'autre<sup>206</sup>.

Selon le DSM IV-TR, cette entité 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 n'est pas de l'ordre du transsexualisme.

Selon la CIM-10, il faudrait la placer entre le transvestisme bivalent et le transsexualisme. Les personnes transgenres se distinguent du transvestisme bivalent du fait qu'ils ont recours à des modifications corporelles par hormonosubstitution et par le recours à

---

<sup>202</sup> World Professional Association for Transgender Health, WPATH (2011), Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, seventh version, p. 97. Traduction personnelle.

<sup>203</sup> WPATH (2011), *Ibid.* traduction personnelle.

<sup>204</sup> American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.)*, Arlington, VA : American Psychiatric Publishing ; 2013. p. 451-459.

<sup>205</sup> APA (2013), *Ibid.*

<sup>206</sup> Chiland C. (2008), Moi et l'autre de l'autre sexe, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 229-232.

Et Chiland C. (2009), Some thoughts on transsexualism, transvestism, transgender and identification in *Transvestism, transsexualism in the psychoanalytic dimension*, London, Karnac books, International Psychoanalytical Association, 41-54.

la chirurgie plastique. De même, ils se différencient aussi des patients transsexuels dans le sens que cette transformation sexuelle est partielle<sup>207</sup>. Ils ne demandent pas d'opération des organes génitaux. Au contraire, ils ne rejettent pas ces organes et désirent les conserver pour avoir des relations sexuelles.<sup>208</sup>

Ils demandent un accès simplifié à la chirurgie, se limitant à la demande de la personne. Ils banalisent cette pratique au point que P. Califia, personne reconnue de ce mouvement, écrit :

*« 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 »<sup>209</sup>.*

Par contre, les personnes transgenres désirent vivre et être reconnues dans la société comme étant une personne de l'autre sexe. A partir de là, ils demandent un changement de leur état civil. L'idée n'est pas de changer de sexe mais de faire une différence entre une identité sexuée 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 semble important de différencier l'entité transgenre du transsexualisme en gardant à l'esprit qu'en-dehors de la similitude concernant le trouble de l'identité sexuée, l'entité transgenre est une autre catégorie distincte du transsexualisme du fait que les personnes transgenres ne demandent qu'une transformation partielle notamment visant à affirmer un sexe social différent de leurs organes génitaux sur la scène publique, et qu'elles continuent d'investir leurs organes génitaux dans les relations sexuelles.

---

<sup>207</sup> Gallarda T. et al. (2007), Les demandes de changement de sexe questionnements éthiques émergeant d'une pratique clinique in sous la direction de Bourguignon O., *Ethique et pratique psychologique*, Belgique Wavre, Mardaga, 175-187.

<sup>208</sup> Récemment, dans la continuité de Thomas Beatie considéré comme premier « père » transgenre ayant accouché, tel un paradigme transgenre, un personne transgenre allemande FTM a accouché et exigé en tant que « père » que son enfant soit civilement identifié comme étant de « genre neutre » comme la loi l'autorise pour les enfants intersexués.

*Libération*, 15 septembre 2013, « Le père accouche d'un enfant sans sexe ».

<sup>209</sup> Califia P. (1997), *op. cit*, p 306.

### 6. Les hypothèses étiologiques du transsexualisme

A la suite de cette présentation descriptive du transsexualisme réalisée consciencieusement, il est maintenant approprié d'aborder l'étiologie du transsexualisme. Bien qu'étant un phénomène dont la forme actuelle date d'il y a plus de 50 ans, l'étiologie du transsexualisme reste encore à ce jour inconnue et force est de constater que les deux hypothèses majeures bien qu'ayant connu chacune leur évolution et leur développement, sont restées les mêmes pour ce qui est de leur fondement général respectif.

En effet, dès les années 50, on trouve concernant l'origine du transsexualisme une controverse opposant les points de vue organiciste et psychologique (à laquelle, il faudrait pour être plus précis, ajouter celui psychanalytique différent du psychologique).

Ainsi, pour les premiers, le syndrome transsexuel aurait une origine organique indécélable par les moyens de l'époque mais une telle conviction si inébranlable et surtout semblant si « naturelle » ne pourrait avoir qu'une origine organique.

A contrario, pour les seconds, le transsexualisme et cette même conviction sont la preuve que le psychique peut prendre le pas sur le corps physiologique. Dès lors, pour ces derniers, le transsexualisme trouve son origine dans la construction psychosociale ou psychique avec toutefois, la subtilité que le phénomène transsexuel est parfois appréhendé selon un angle « quasi-normatif » de la constitution psychique de l'identité sexuée (modèle aconflictuel de Stoller), et d'autres fois, selon une approche basée sur la psychopathologie menant dès lors à une explication purement étiopathogénique du phénomène. Selon le premier point de vue, le transsexualisme n'est ni psychose, ni perversion. L'identité s'est construite selon celle du sexe opposé et cet aspect en est devenu un fondement ancré et non modifiable, une pièce maîtresse surpassant le corps. Au contraire, la seconde optique explique l'étiologie du transsexualisme par le conflit en se référant aux entités psychopathologique de psychose, de perversion ou encore d'organisation borderline de la personnalité. Cependant, cette opposition entre ces deux points de vue psychologiques ne peut être considérée comme totale car les auteurs de l'approche psychopathologique ne sont pas unanimes sur la question de l'irréversibilité de l'identité sexuée construite selon le sexe opposé et qu'il découle de ce désaccord une scission concernant la prescription ou non d'une transformation hormonale et chirurgicale.

Bien que ces deux hypothèses - organique et psychique - restent les hypothèses explicatives principales concernant l'origine du transsexualisme, les travaux sur le genre « social » influencés par l'anthropologie mais aussi par les mouvements féministe ainsi que *gay et lesbien*, ont mené à une nouvelle réflexion sur le transsexualisme sous un angle socioculturel. Cette perspective plus récente est aussi incontournable que passionnante de par l'interrogation profonde qu'elle impose sur le rapport entre l'individu et la société concernant le sexe social.

Ainsi, poursuivant cette partie consacrée au transsexualisme, ces trois points de vue organique, social et psychanalytique sur l'étiologie du transsexualisme doivent être présentés plus en détail ce qui permettra alors de proposer des nouvelles pistes d'investigation du phénomène transsexuel en bonne connaissance de ce dernier et des controverses qui s'y rattachent.

### ***6. 1. L'approche biologique***

Cette approche organiciste du transsexualisme prend pour postulats de départ les points cités dans la première partie de ce travail sur la sexuation biologique chez l'être humain. Se basant sur l'hypothèse du cerveau sexué, le transsexualisme est alors considéré tel un phénomène d'intersexuation n'ayant eu aucune conséquence sur le développement du corps et des organes génitaux mais uniquement sur le cerveau, telle une intersexuation cérébrale. Les patients transsexuels auraient un corps et des organes génitaux d'un sexe et un cerveau de l'autre<sup>210</sup>. Les travaux et hypothèses du cerveau sexué sont dès lors repris et appliqués aux recherches sur le transsexualisme.

Ainsi, pour expliquer le transsexualisme selon cette optique, les chercheurs émettent l'hypothèse d'une imprégnation excessive du cerveau par les hormones de l'autre sexe lors de moments clés de la vie intra-utérine. Le cerveau considéré en tant qu'organe très précocement sexué se développerait avec des structures organisées telles celles du sexe opposé au corps. D'un point de vue expérimental, cette hypothèse est étayée par les expérimentations sur le rat citées ci-dessus<sup>211</sup>. Succinctement, l'injection *in utero* d'hormones du sexe opposé modifie le développement du cerveau et entraîne par la suite des comportements du sexe opposé.

---

<sup>210</sup> Diamond M. (2000), *op. cit.*

<sup>211</sup> Hines .M, Allen L. S., Gorski R.A. (1992), *op. cit.*



## Le transsexualisme

Toutefois, il est nécessaire de garder à l'esprit d'une part, qu'il s'agit chez les rats de comportements sexuels de reproduction et non d'identité sexuée, et d'autre part, que le développement du cortex chez l'être humain reste une différence fondamentale par rapport au cerveau de l'animal (surtout concernant les comportements « instinctifs »), ceci rendant délicate une extrapolation trop hâtive des résultats expérimentaux sur l'animal vers l'être humain.

### 6. 1. 1. Le transsexualisme et l'anatomie du cerveau : le plancher de la *stria terminalis* de l'hypothalamus

Concernant l'étude à proprement parler du cerveau des personnes transsexuelles et par voie de conséquences, l'identité sexuée, de manière similaire aux travaux de Levay sur l'orientation sexuelle, une équipe de chercheurs d'Amsterdam a publié en 1985 un article décrivant une différence entre les cerveaux d'hommes et de femmes au niveau du noyau interstitiel de l'hypothalamus antérieur (INAH1)<sup>212</sup>. A partir de ces premiers résultats, les auteurs interprètent que la taille du INAH1 serait la marque du sexe du cerveau. Mais ces résultats n'ont jamais pu être reproduits et dix ans plus tard, en 1995, les membres de cette équipe ont donc mis de côté le INAH1 et entrepris de comparer en post mortem les cerveaux de personnes transsexuelles avec ceux d'hommes et de femmes témoins ne souffrant pas de trouble de l'identité sexuée<sup>213</sup>. Cette équipe publie alors des résultats montrant une différence au niveau du plancher de la *Stria Terminalis* de l'hypothalamus (BST)<sup>214</sup>. Selon l'approche neurobiologique, cette zone du cerveau d'environ 2 mm<sup>3</sup> en moyenne est en effet retenue comme candidate potentielle à la différenciation sexuelle du cerveau chez l'être humain car étant plus volumineuse et comportant un plus grand nombre de cellules chez l'homme que chez la femme (en moyenne 2,5 fois plus dense chez l'homme). Or, les résultats de cette étude réalisée à partir de 6 cerveaux de patients transsexuels masculin vers féminin montrent que cette région chez les sujets transsexuels serait de taille similaire à celle des femmes témoins et donc plus réduites que celle des hommes. Les auteurs concluent alors à une origine cérébro-organique du transsexualisme et en déduisent que l'identité sexuée est déterminée par la taille du BST. De même, pour expliquer que chez les patients transsexuels cette zone soit d'une taille similaire à celle des femmes, les chercheurs proposent l'hypothèse jugée compatible

---

<sup>212</sup> Swaab D. P., Flyvbjerg E. (1985), *op. cit.*

<sup>213</sup> Zhou J., Hofman M.A., Gooren L.J.G., Swaab D. F. (1995), A sex difference in the human and its relation to transsexuality, *Nature*, 378, 68-70.

<sup>214</sup> Bed nucleus of the Stria Terminalis

d'une imprégnation hormonale massive *in utero* du cerveau par des hormones féminines, même si ils précisent que cette hypothèse reste à démontrer.

### 6. 1. 2. Le transsexualisme expliqué par le génotype : le gène du récepteur aux androgènes

Toujours selon l'approche biologique mais de façon légèrement différente des travaux neurobiologiques ou purement endocrinologiques, des travaux ont été réalisés cherchant une causalité génétique au transsexualisme et à l'identité sexuée.

Pour E. Vilain<sup>215</sup>, généticien de l'Université de Los Angeles Californie (UCLA), le « genre » n'est pas aussi simple que la combinaison de chromosomes XX ou XY et le fait de qu'une personne s'identifie à un sexe résulterait plutôt de l'engagement de plusieurs gènes et de leurs variations. Selon lui, il aurait été démontré que certains gènes agiraient différemment sur les cerveaux de souris mâles et femelles et ces résultats laisseraient dès lors entrevoir un terrain génétique concernant le transsexualisme.

Suivant ce point de vue génétique, L. Hare<sup>216</sup> de l'université de Melbourne en Australie et ses collaborateurs internationaux dont E. Vilain et V. Harley de UCLA ont réalisé une étude visant à comparer le polymorphisme génétique des récepteurs aux androgènes (AR), aux œstrogènes (ER *Beta*) et à l'aromatase (CYP19, enzyme responsable de la biosynthèse d'œstrogène) chez 112 patients transsexuels masculins vers féminins et 258 hommes témoins. Les résultats obtenus ne montrent ni des différences significatives entre les deux populations pour ce qui concerne l'ER *Beta* et le CYP19, ni d'interactions significatives entre les trois gènes étudiés. Ainsi, les hypothèses se rapportant aux gènes respectifs de l'ER *Beta* et du CYP19 ne peuvent être retenues. Par contre, ces mêmes résultats montrent la présence d'une différence significative entre les deux groupes concernant le nombre de séquences CAG du gène du récepteur aux androgènes ( $p=.04$ ). Les personnes transsexuelles de cette étude présentent plus fréquemment une version plus longue de ce gène que les personnes du groupe contrôle. A partir de ce résultat, les auteurs concluent à une origine génétique du transsexualisme et émettent l'hypothèse que cette morphologie du gène AR de

---

<sup>215</sup> Dennis C. (2004), *op. cit.*

<sup>216</sup> Hare L., Bernard P., Sánchez F. J., et al. (2009), Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biol Psychiatry*, 65, 93-96.

## **Le transsexualisme**

type long entraînerait une diminution de l'action de la testostérone empêchant ainsi la masculinisation du cerveau durant le développement fœtal.

### **6. 1. 3. Quelques remarques sur l'approche biologique du transsexualisme**

Sans chercher à amoindrir l'importance et l'intérêt des travaux issus de l'approche biologique du transsexualisme, il est nécessaire d'y apporter quelques remarques et précisions.

Tout d'abord, il convient ici de rappeler quelques critiques déjà citées ci-dessus dans la première partie sur le sexe biologique chez l'être humain. En effet, rendre compte de sujets aussi complexes que le transsexualisme et aussi vaste que l'identité sexuée (sentiment d'être et d'appartenir à un sexe) selon la taille du noyau de l'hypothalamus et/ou la morphologie génétique du AR semble réducteur et figé. Cette perspective ne laisse aucune place à une autre influence que celle biologiquement déterminée ce qui aboutit à une conception de l'identité définie comme un ensemble de comportements innés. Or, les résultats issus de cette perspective ne doivent pas mener à omettre ceux mettant au jour l'influence psychosociale de l'environnement proche dans la constitution de l'identité sexuée notamment ceux tirés des travaux sur l'identité sexuée des personnes présentant une intersexuation.

De même, cette conception cérébrale et/ou génétique de l'identité sexuée ne peut être présentée sans que ne le soient de même les points critiquables qui s'y rattachent.

Ainsi, concernant les résultats relatifs au BST, la neurobiologiste C. Vidal<sup>217</sup> tient à rappeler plusieurs points. Premièrement, que les auteurs concluant sur le rôle du BST semblent ne pas tenir compte de l'existence d'une plasticité du cerveau et de son fonctionnement interconnexionniste. De par sa plasticité, le cerveau est capable de se modifier selon l'expérience. Dès lors, comme le souligne Chiland<sup>218</sup>, les auteurs de cette recherche considèrent que la taille du BST serait l'origine des comportements féminins chez les femmes et les personnes transsexuelles alors qu'il n'est pas impossible que ce soient les comportements féminins qui aient eu une influence sur la taille de ce noyau. D'autre part, de par l'interconnexionnisme, une seule région ne peut être seule responsable d'une caractéristique et cela d'autant plus, que le cerveau humain avec le développement du cortex

---

<sup>217</sup> Vidal C. (1996), *op. cit.*

<sup>218</sup> Chiland C. (2003b), *op. cit.*

reste un cas à part. Si il est possible que la taille du BST soit impliquée dans l'identité sexuée et l'étiologie du transsexualisme, son rôle ne peut être isolé du fonctionnement des autres parties du cerveau qui pour leur part permettent à l'être humain de ne pas être dominé par ses instincts. Il est aussi à noter que ces remarques sur le cerveau se répercutent aussi sur le point de vue génético-endocrinien du gène AR puisque ce dernier tente une explication du développement sexué du cerveau par le génome.

Par ailleurs, C. Vidal tient à souligner que la fonction « précise » du BST chez l'être humain n'est pas connue actuellement. Chez le rat, il concerne la posture lors de la reproduction « monté ou être monté » ce qui reste éloigné de l'identité sexuée chez l'être humain. De la même manière, concernant le gène AR, la médecin généticienne au service de médecine génétique des hôpitaux universitaires de Genève, Paoloni-Giacobino<sup>219</sup> rappelle que ce gène fait l'objet de nombreux travaux et serait hypothétiquement impliqué dans un très grand nombre de voies de la régulation hormonale telles que le risque potentiel d'infertilité masculine, d'ovaires polykystiques, de cancer du sein, de cancer du colon et d'autres... Les variations de celui-ci seraient dès lors susceptibles d'avoir ou de rendre compte de conséquences très diverses et il semble, selon elle hâtif et risqué de conclure à une association directe et univoque entre le gène AR et le transsexualisme.

Deuxièmement, ces premières remarques prennent de l'importance lorsque l'on y ajoute le retour indispensable sur les analyses de données de ces études et aussi sur les déductions qui en découlent. En effet, comme le fait remarquer C. Vidal, les auteurs de ces recherches insistent sur des résultats obtenus par « moyennage » ce qui ne permet pas de rendre compte des valeurs individuelles en contradiction avec leur conclusion. L'examen détaillé des données individuelles montrent que les catégories étudiées se recouvrent. Ainsi, par rapport à la taille du BST, il y a des hommes présentant un plancher de taille réduite similaire aux femmes et ne remettant pas en question de leur identité sexuée masculine. De même, certaines femmes et personnes transsexuelles présentent un BST de taille importante similaire à celui des hommes et montrent pourtant une identité féminine. Cette remarque s'applique aussi à la morphologie du gène AR. Des hommes présentent une identité masculine malgré un gène de type « long » alors que des sujets transsexuels avec identité féminine ont

---

<sup>219</sup> Paoloni-Giacobino A. (2009), Transsexualité et études génétiques d'association : une base génétique à la transsexualité ?, *Revue médicale suisse*, 213, 5, 1629.

## Le transsexualisme

un gène de type « court ». Plus précisément, Paoloni-Giacobino revient sur les résultats statistiques de cette recherche et pointe la faible significativité de ceux-ci. Dans l'étude de Hare et al., la variation du gène AR est présente chez 44,10% des personnes transsexuelles ce qui laisse une proportion non négligeable de 57,90% du groupe transsexuel ne présentant donc pas cette variation. De plus, cette variation est aussi présente chez 36,50% des sujets hommes du groupe contrôle.

Ces remarques étant entendues, il semble indispensable de nuancer les conclusions issues de ces recherches sur le cerveau sexué et sur le point de vue génético-endocrinien. D'autant plus, que celles-ci sont parfois présentées et affirmées en laissant croire à une grande certitude et ne rendent dès lors pas compte de la relativité des connaissances actuelles concernant leurs objets d'études.

Avant de clore cette partie sur l'approche biologique du transsexualisme, il est important de relever certains points sous-entendus dans cette approche, transformant celle-ci en démarche plus qu'en recherche. En effet, les recherches sur l'étiologie biologique du transsexualisme ont un objectif qui dépasse la recherche de savoir scientifique. De la même manière que Levay<sup>220</sup> souhaitait déculpabiliser l'homosexualité en lui trouvant une origine cérébrale assimilant une telle origine à l'inné, au naturel et au normal, les tenants de l'étiologie biologique du transsexualisme dont V. Harley<sup>221</sup> ne cachent pas espérer que par leurs recherches, ils libéreront les personnes transsexuelles de la stigmatisation sociale dont elles sont victimes. Ainsi, Richard Green confie à Chiland<sup>222</sup>, que cet objectif de déstigmatisation et déculpabilisation est si ce n'est le seul, en tout cas le principal intérêt de cette démarche consistant à situer le transsexualisme sur un plan biologique. Or, bien que cette entreprise soit louable, il faut toutefois en souligner certaines tournures pouvant mener à des confusions gênantes. En effet, cette démarche aboutit à une opposition pleine d'a priori entre le biologique d'un côté et le psychosocial et le psychique de l'autre. Il est très probable qu'une étiologie biologique changerait le regard et l'image du transsexualisme, ainsi qu'elle simplifierait l'accès aux soins par transformation hormonale et chirurgicale dès lors considérée comme légitime. De même, elle résonnerait en écho au discours transsexuel si ancien « d'erreur de la nature, de personne née dans le mauvais corps ». Cependant, malgré

---

<sup>220</sup> Levay S. (1993), *op. cit.*

<sup>221</sup> Dennis C. (2004), *op. cit.*

<sup>222</sup> Chiland C. (2003b), *op. cit.*, p. 118.

cela, on ne peut se laisser guider vers des tournures fondées sur des amalgames telle l'assimilation de l'organogénèse au naturel, au sain et au normal, et surtout en parallèle, la réduction du psychogénétique à l'anormal, au pathologique et à la « folie ». Comme si la première était preuve de véracité du discours transsexuel alors que la seconde le marquait d'un caractère faux. Or, pour la psychanalyste Chiland et la neurobiologiste C. Vidal, l'identité sexuée et par là même, le transsexualisme ne peuvent se situer sur le seul plan cérébral et doivent être compris entre nature et culture, ce à quoi il conviendrait d'ajouter le psychique pour redonner sa place à la dimension subjective de l'individu. Il convient ici de répéter la remarque de C. Vidal concernant les limites de la neurobiologie. Selon elle, malgré les progrès actuels, la neurobiologie ne peut qu'étudier le fonctionnement du cerveau en tant qu'organe à l'origine de la pensée. Par contre, la neurobiologie ne peut étudier le contenu de la pensée. Cet aspect échappe aux sciences naturelles en tant que qualités spécifiques de l'être humain, et relève des sciences humaines dont la psychanalyse. Par ailleurs, concernant la culpabilité, Chiland qui se positionne dans une psychogénèse de l'identité sexuée et du transsexualisme, répond à R. Green que l'individu est tout autant innocent d'une origine psychique et de la force de la conviction qui en résulte que d'une origine organique. Il y a un véritable roc psychologique tout aussi puissant si ce n'est plus que le roc biologique. Ainsi, il est donc nécessaire et normal de lutter contre la stigmatisation mais il faut se préserver d'un fourvoiement dans un biologisme quasi-idéologique.

### ***6. 2. L'approche sociale et culturelle***

Avant d'entrer dans la présentation de cette approche, il est indispensable de préciser qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une hypothèse sociogénétique du transsexualisme. En effet, cette approche ne postule pas que ce serait la société qui serait à l'origine du vœu et du thème transsexuel exprimés par l'individu.

De manière subtile, l'approche sociale et culturelle du transsexualisme situe celui-ci dans les débats concernant le genre considéré en majeure partie social et non plus psychosocial. Ainsi, le phénomène transsexuel est étudié par rapport aux contraintes et normes sociales mais sert aussi d'objet à une réflexion bien plus vaste sur la place du genre et de ses normes dans la société. Il en découle une conception très particulière du

## Le transsexualisme

transsexualisme compris en tant qu'exercice de liberté de l'individu. Celui-ci est dès lors conçu tel un choix personnel, un droit à l'autodétermination et à l'autonominon<sup>223</sup>.

Le caractère pathologique est radicalement détaché du transsexualisme et réattribué aux normes sociales « pathogènes » de par l'oppression qu'elles imposent au sujet. De même, les pratiques médicales sont considérées comme agissant en garantes masquées de cette oppression illégitime du genre normatif.

Ainsi, la personne transsexuelle devient en quelque sorte l'emblème et la preuve d'une possibilité de libération de la dépendance au genre, et la transformation hormonale et chirurgicale se voit banalisée et assimilée à la chirurgie esthétique<sup>224</sup>. Autrement dit, le transsexualisme est ici preuve de l'oppression par le genre mais aussi de la possibilité de se défaire de ces chaînes notamment par le libre choix de modifier (ou non) son corps sexué et de s'autoproclamer son identité.

Pour exposer, ce point de vue socioculturel fortement influencé par les *gender studies* et la *queer theory*, il est intéressant de citer le parallèle régulièrement mis en avant entre le retrait de l'homosexualité du DSM et le débat sur le diagnostic psychiatrique du transsexualisme<sup>225</sup> (sur lequel le psychiatre, membre de l'APA, Drescher a publié une synthèse très éclairante), l'analyse déconstructiviste du diagnostic de trouble de l'identité sexuée<sup>226</sup> réalisée par J. Butler, ainsi que la position de la psychologue française Sironi<sup>227</sup> qui défend un point de vue psychopolitique du transsexualisme qui accuse les psychiatres et psychanalystes de maltraitance théorique sur les patients transsexuels (cette maltraitance étant selon elle, un véritable traumatisme secondaire iatrogène découlant de leurs comportements hostiles et néfastes envers les patients).

Sous un angle plus théorique, il sera aussi nécessaire de revenir sur la théorie de la mélancolie de genre de J. Butler<sup>228</sup> pour mettre celle-ci en relation avec la problématique transsexuelle. En effet, bien que cette théorie ait connu une grande influence sur l'approche

---

<sup>223</sup> Butler J. (2004b), Dédiagnostiquer le genre in *Undoing gender*, New York and London, Routledge, trad. franç., *Défaire le genre*, Paris, Editions Amsterdam, 2006, 95-122.

<sup>224</sup> Califia P. (1997), *op. cit.*

<sup>225</sup> Drescher J. (2010), Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual, *Archives of sexual behavior*, 39, 427-460.

<sup>226</sup> Butler J. (2004b), *op. cit.*

<sup>227</sup> Sironi F. (2011), *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Paris, Odile Jacob.

<sup>228</sup> Butler J. (1990), *op. cit.*

sociale, culturelle et même politique du transsexualisme, *Trouble dans le genre* - ouvrage qui expose cette théorie - ne fait ni directement, ni explicitement référence au phénomène transsexuel.

Enfin, à partir de la présentation de ces divers éléments de l'approche socioculturelle, il pourra être envisagé en guise de conclusion une synthèse rendant compte des points pertinents et aussi des limites de cette approche.

### **6. 2. 1. Le retrait de l'homosexualité du DSM et la dépsychiatisation du trouble de l'identité sexuée : parallèles et divergences**

Drescher, psychiatre, psychanalyste américain membre de l'APA ne peut être considéré comme faisant partie du courant des *gender studies* et du mouvement *queer*, mais son engagement en tant que professionnel contre la stigmatisation de l'homosexualité et surtout contre les thérapies comportementales de réorientation sexuelle qui sévissent aux Etats-Unis, l'a mené à s'interroger sur la question du diagnostic de transsexualisme dans le DSM, et cela, sans omettre aucun courant.

Ainsi, il entreprend de poursuivre et de synthétiser cette réflexion d'un parallèle entre le retrait du diagnostic d'homosexualité et la controverse de la dépsychiatisation de ce qu'il nomme les variations de genre (transsexualisme, transgenre mais aussi toute autre forme d'expression du genre ne se situant pas dans les normes) en resituant ceux-ci selon les points de vue « scientifiques » et sociétaux mais aussi dans leur histoire et dans leur contexte sociaux passés et actuels.

Drescher commence en démontrant comment avant d'être enlevé du DSM, le diagnostic d'homosexualité en tant qu'entité psychiatrique était influencé par des normes socioculturelles qui généraient des théories pathologiques de l'homosexualité lesquelles renforçaient ces normes qui à leur tour réalimentaient les théories, le tout enfermant l'homosexualité dans le pathologique. Pour compléter cet exposé, l'entretien de Roudinesco par F. Pommier<sup>229</sup> sur le sujet de la psychanalyse et l'homosexualité est encore une référence incontournable dans laquelle il est montré comment la position manquant de clarté de la psychanalyse a mené à l'exclusion parfois aussi violente qu'explicite de l'homosexualité et ce, tant au niveau interne des sociétés psychanalytiques qu'au niveau social en général. Pour

---

<sup>229</sup> Roudinesco E. (2002), *op. cit.*



## Le transsexualisme

Drescher, à cette époque mais encore à l'heure actuelle, les théories de l'homosexualité peuvent être résumées par un classement selon trois catégories principales :

- Les théories de l'homosexualité comme variation de la norme qui considèrent l'homosexualité comme un phénomène naturel : l'individu est né différent mais cette différence est naturelle. Pour ces théories, la nature est conçue comme équivalente au normal. L'homosexualité est donc perçue comme bonne ou tout du moins de façon neutre et elle n'a pas sa place en psychiatrie.
- A l'extrême inverse, on trouve les théories pathologiques qui assimilent l'homosexualité à une déviance anormale de l'hétérosexualité : celles-ci considèrent donc l'homosexualité comme une « maladie » que les professionnels de la santé mentale doivent corriger. C'est selon ses théories pathologiques - heureusement de moins en moins présentes de nos jours - que l'homosexualité devait être diagnostiquée et traitée.
- Puis la troisième position plus ambiguë, des théories de l'immaturité dans laquelle Drescher classe S. Freud. L'homosexualité est ici conçue comme un arrêt dans le développement aboutissant à l'âge adulte, à une place considérée comme normale au côté de l'hétérosexualité. Les tenants de cette théorie ont tendance à considérer l'immaturité comme relativement bénigne ou tout du moins comme « non mauvaise » par rapport aux théories pathologiques. Toutefois, ces théories manquent parfois de clarté et si certains y voient une immaturité normale et sans conséquences pathologiques, d'autres - de façon plus ou moins insidieuse - vont glisser vers une conception pathologique de l'homosexualité alors assimilée à un développement anormal donnant lieu à une déviance et pouvant être « corrigée »<sup>230</sup>.

Par la suite, Drescher expose comment le milieu associatif gay et lesbien a dû militer pour être entendu concernant les conséquences néfastes du diagnostic psychiatrique d'homosexualité et aboutir à son retrait du DSM. Sur ces deux points présentés, les catégories « théoriques » d'une part et du point de vue militant d'autre part, on retrouve un parallèle entre le transsexualisme et l'homosexualité. Le transsexualisme lui aussi comme nous avons pu déjà commencer à le constater, est pris dans des controverses opposants des défenseurs d'une variation de la norme (parfois argumentée comme « naturelle ») et des tenants plus ou moins sévères d'un point de vue pathologique, le tout avec des manifestations et mouvements militants demandant la dépsychiatisation considérée comme stigmatisante et argumentant le droit et la liberté de choisir son identité sexuée.

---

<sup>230</sup> Roudinesco E. (2002), *op. cit*

Drescher pointe ces similitudes. Toutefois, il remarque une différence fondamentale entre les deux phénomènes et leur rapport respectif à leur propre diagnostic.

En effet, dans le milieu militant, il est courant d'affirmer que la concomitance entre le retrait de l'homosexualité et l'introduction du diagnostic de transsexualisme dans le DSM, correspond à une manière déguisée de la part de la psychiatrie de garder son influence et un certain pouvoir sur les normes de genre et de perpétuer l'hétéronormativité. Or, Drescher rappelle que les psychiatres qui ont introduit le diagnostic de transsexualisme, à savoir Stoller et R. Green - en plus d'être des défenseurs du retrait du diagnostic d'homosexualité - ont introduit celui de transsexualisme pour au contraire, distinguer le transsexualisme de la psychose et par cela, faire reconnaître la nécessité d'un accès à la transformation hormonale et chirurgicale pour les patients transsexuels. Ceux-ci ont donc cherché à ce que le discours transsexuel ne soit plus considéré comme délirant et psychotique, à ce qu'il soit entendu et que la demande de THC soit prise au sérieux.

Or, hormis cet objectif différent, cette remarque met au jour la différence majeure entre la dépsychiatisation de l'homosexualité et celle du transsexualisme. Les personnes transsexuelles ont besoin du diagnostic de transsexualisme car la THC est un parcours médical et que la suppression de celui-ci accompagnée de la dépathologisation qui est réclamée par la même occasion, entraîneraient une perte du droit au remboursement des soins médicaux. Dans le cas de la dépathologisation, la THC deviendrait une chirurgie ou médecine de confort voire esthétique.

La limite du parallélisme entre le retrait de l'homosexualité du DSM et celui demandé pour le transsexualisme réside donc dans la nécessité de soins de ce dernier. Ce point vient même à diviser le milieu associatif. Certains mouvements défendent quoiqu'il advienne la dépathologisation et s'opposent à la psychiatisation (perçue selon eux comme uniquement oppressante et stigmatisante) malgré le fait que cette conception « normale » de la variation de genre fasse perdre au transsexualisme sa condition médicale et son droit au remboursement des soins. Au contraire, d'autres vont prendre en compte que la problématique transsexuelle n'est pas un choix et dès lors chercher à préserver et à améliorer la politique de prise en charge médicale.

## **Le transsexualisme**

Ce souci reste le point nodal du problème de l'approche socioculturelle tendant alors vers le politique voire l'idéologie. La question dès lors posée est celle de juger quel serait le plus grand bénéfice entre une dépathologisation visant à contrer le stigmat social et une perte des droits à l'assurance maladie. Une alternative proposée par le milieu militant est de reclasser le transsexualisme dans une catégorie autre que psychiatrique voire non pathologique mais cette proposition comporte aussi ces inconvénients. Ainsi, en France, le Ministère de la santé a réalisé un reclassement du transsexualisme au sein de la classification de l'assurance maladie, de la catégorie des affections psychiatriques longues durées (ALD 23) à celle des affections orphelines ou nécessitant des soins coûteux de longue durée (ALD 31) ce qui a entraîné la perte du remboursement de certains soins et traitements postchirurgicaux dont notamment le traitement d'homonosubstitution sur le long terme (ce dernier n'étant pas considéré comme coûteux).

Force est de constater que ce dilemme politique ne trouve actuellement aucune solution. Ainsi, du point de vue des Etats-Unis où le DSM est la référence pour le droit à la prise en charge, Drescher conclut qu'il ne serait pas judicieux que le diagnostic de transsexualisme soit retiré du dit manuel de psychiatrie.

Toutefois, n'abandonnant pas son engagement, il émet certaines recommandations visant à réduire la stigmatisation sociale dont est victime le transsexualisme.

Il conseille au groupe de travail de révision du DSM :

- de réétudier la terminologie du diagnostic pour que celle-ci soit plus précise et moins péjorative,
- de chercher une solution pour enlever ce diagnostic de la catégorie des troubles sexuels,
- de faire en sorte que le diagnostic soit plus précis et ne concerne que les personnes présentant une variation de genre nécessitant le recours à des modifications de leur anatomie et non plus à toutes les personnes présentant une variation de genre,
- et de commencer à travailler sur les diagnostics de genre redéfinis en tant que variations d'attitudes sociétales du genre.

De même, il demande à l'APA :

- de s'engager publiquement contre la stigmatisation des maladies mentales et pour l'accès aux services de soins,
- de former un groupe officiellement en charge des problèmes de santé et de droit des personnes non plus transsexuelles mais transgenres,
- de soutenir officiellement la nécessité du recours à la THC pour les patients transsexuels en officialisant son accord sur les standards de soins conseillés par la WPATH ou en publiant son propre guide de prise en charge par THC,
- et de participer à la défense des droits des personnes transgenres notamment en luttant contre la discrimination et pour le droit au remboursement par l'assurance santé.

### **6. 2. 2. La déconstruction du diagnostic de trouble de l'identité sexuée**

J. Butler est elle aussi confrontée à ce dilemme qui oppose le droit au remboursement par l'assurance maladie et la défense de la dépsychiatisation du transsexualisme pour que soit reconnue comme normale les variations de genre, mais son investigation, son investissement et sa réponse sont beaucoup plus engagées. Sa position a la même visée que celle de Drescher à savoir conserver la prise en charge de la THC par l'assurance maladie mais en même temps, elle tient à poursuivre le combat contre le genre et donc contre le diagnostic de trouble de l'identité sexuée.

En effet, selon elle, ce diagnostic est un représentant direct de ce qu'il faut défaire dans le genre c'est-à-dire de cette contrainte à l'hétérosexualité induisant des préjugés et persécutions, et rendant la vie invivable à un certain nombre de personnes de la « minorité sexuelle ». La disparition du genre et de la différence des sexes reste plus que l'unique solution, le seul objectif. Cependant, les patients transsexuels ayant besoin de cette prise en charge par l'assurance maladie, J. Butler invite à utiliser et même à abuser de ce diagnostic de manière stratégique, afin de déstabiliser le genre par ce biais et montrer qu'il est possible de s'en défaire.

Plus précisément, le diagnostic de trouble de l'identité sexuée laisse faussement croire à une liberté de changer de sexe. La liberté octroyée par celui-ci se révèle en fait factice dans le sens qu'elle ne peut être acquise qu'en abandonnant une autre liberté, celle d'autodétermination. Or, par cela, pour J. Butler, le diagnostic reste donc un obstacle posé par les professions psychologico-psychiatriques, et surtout, une expression du pouvoir de la

## **Le transsexualisme**

société paternaliste. C'est selon cette perspective de déstabilisation qu'elle entreprend alors une déconstruction des critères du diagnostic de trouble l'identité sexuée du DSM IV TR avec pour objectif de démontrer qu'il faut « dédiagnostiquer le genre » puisque ce diagnostic n'est qu'un discours régulateur et qu'il n'a pas lieu d'exister.

Premièrement concernant le critère « d'identification intense et persistante à l'autre sexe », J. Butler pointe que l'identification est définie comme « désir d'appartenir à l'autre sexe ou affirmation qu'on en fait partie ». Or, cette définition par le recours au « ou » cache en réalité deux critères distincts que sont « le désir d'être » d'une part et « l'affirmation d'être » d'autre part. De ce manque de clarté, il découle une contradiction que J. Butler tient à souligner. Par celui-ci, une personne peut affirmer sans désirer ou désirer sans affirmer. Pris isolément, ce non-sens ne semble pas pouvoir avoir une incidence quelconque sur l'application concrète de la démarche diagnostique visant la THC, mais cette incohérence prend une nouvelle ampleur lorsqu'elle se conjugue avec le critère « de ne pas avoir pour but d'obtenir des bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe ». En effet, selon elle, ce dernier critère remet en question le premier et le rend même inapplicable. Il a tout d'abord pour effet de poser une condition au premier. Le désir ou l'affirmation d'appartenance à l'autre sexe ne suffisent donc pas. Pour qu'il soit reconnu comme acceptable, il faut que l'un ou l'autre soit exprimé sans laisser entendre qu'il est accompagné d'un désir de bénéficier des avantages culturels. Pour J. Butler, la combinaison de ces deux critères est un véritable message paradoxal puisque la connaissance des sexes ne s'acquiert que selon la matrice culturelle, la référence au monde social. De par cela, elle ne peut échapper à une référence au fonctionnement du pouvoir de celles-ci. La catégorie sexe excède donc les appropriations personnelles et il est dès lors impossible de percevoir le sexe en dehors de cette matrice. Quelle qu'en soit la manière, la THC accordera donc forcément un avantage culturel à une personne exprimant certains types de désirs et se trouvant en position de tirer parti de ces opportunités culturelles. A titre d'exemple et en tant que féministe, J. Butler met en avant qu'il est généralement plus avantageux d'être un homme.

Mais à partir de ce point, l'argumentaire de J. Butler prend discrètement une nouvelle tournure. Les critères du trouble de l'identité sexuée du DSM ne sont plus seulement contradictoires ou incohérents. Le DSM est dans l'erreur du fait qu'il comprend mal les forces culturelles participant à la production et au maintien des désirs. Il encourage la conformité aux normes de genre qu'il estime fixes et qu'il perpétue de façon intransigeante.

Partant de ce nouveau point de vue, il est logique que J. Butler remette en cause les critères « d'un inconfort persistant ou un sentiment d'inadéquation » et « de désarroi ou d'altération du fonctionnement social » en exposant que la souffrance des personnes transsexuelles ne serait pas due à une inadaptation du sujet (comme le postule le DSM) mais aux normes du genre dont le sujet est victime. Pour étayer ce point, J. Butler revient sur le texte descriptif du trouble d'identité sexuée du DSM et souligne le côté caricatural de ses généralisations telle que « l'attrance pour les vêtements et jouets de l'autre sexe » ce qui a pour conséquences de rigidifier le genre. La THC devient dès lors une mise en conformité que J. Butler attribue comme ne relevant plus de la demande des patients mais comme étant imposée par le DSM. Celui-ci ne prenant pas en considération le poids des normes de genre, octroierait à la THC le statut de seule et unique solution. Paradoxalement, J. Butler en vient donc implicitement à s'opposer à la THC. Selon elle, c'est le monde social qui doit changer pour que le choix individuel s'épanouisse indépendamment des conditions empêchant l'autonomie. Et comme dans *Trouble dans le genre* avec l'exemple du travestissement des *drag-queen*<sup>231</sup>, J. Butler prône pour aboutir à ce changement, une recrudescence d'actes collectifs et diffus n'appartenant pas à un sujet précis mais permettant la réappropriation de leur capacité d'agir à chaque individu.

Pour étayer son propos, non sans faire preuve d'une certaine provocation, dans *Dédiagnostiquer le genre*<sup>232</sup>, J. Butler n'hésite pas à comparer la THC avec la chirurgie esthétique et même avec le fait banal mais surtout anodin et sans conséquence, de se laisser pousser les ongles ou les cheveux. En effet, il ne faut pas mettre de côté les risques pour la santé des patients et la position du médecin qui réalise un acte irréversible sur un organe sain. J. Butler exclut ici le principe médical du *primum non nocere*, premièrement ne pas nuire par ses actes.

De même, ses dernières critiques du diagnostic laissent entendre que le DSM aurait inventé le trouble, ses critères et qu'il imposerait la THC. Or, le DSM synthétise les travaux sur celui-ci. Il cherche à reprendre le discours des patients pour en faire des critères généraux pouvant être observés par le médecin qui pourra dès lors établir un diagnostic. Son objectif est donc très concret et pratique.

---

<sup>231</sup> Butler J. (1990), *op. cit.*

<sup>232</sup> Butler J. (2004b), *op. cit.*

## Le transsexualisme

Le « ou » n'a pas pour vocation d'enfermer le patient dans un discours ou de le placer dans une contradiction mais au contraire d'élargir l'application de ce critère.

Par ailleurs, sa critique du critère concernant les avantages culturels est philosophiquement très pertinente et qu'elle porte à réfléchir, mais elle reste fondée sur un malentendu, une mauvaise interprétation du texte. Ce critère vise à faire la différence entre une personne transsexuelle présentant une identité sexuée différente de son sexe anatomique d'une personne ne présentant pas d'inadéquation entre son corps et son identité mais cherchant « uniquement » un bénéfice social. Parmi les exemples auxquels s'appliquent ce critère, il faut citer les demandes de THC pour raisons économiques dans certains pays d'Amérique latine ou d'Asie - le but étant alors la prostitution<sup>233</sup> - ou encore la manière dont les homosexuels sont forcés à la THC en Iran<sup>234</sup> puisque celle-ci y est autorisée alors que l'homosexualité y est au contraire passible de la peine de mort. Dans ce dernier exemple, la THC est détournée pour perpétuer l'hétéronormativité et éliminer l'homosexualité. Les personnes homosexuelles ne présentent pas d'identité féminine. Les médecins et l'Etat les y encouragent voire les y obligent en leur faisant croire et espérer qu'elles seront mieux acceptées dans la société. Les conséquences sur les personnes qui n'ont pas eu la liberté de s'exprimer et à qui aucun médecin n'a dit que cela n'était pas un trouble de l'identité sexuée mais la recherche d'un bénéfice culturel, sont dramatiques. Le critère concernant les avantages culturels concerne ces phénomènes et non le fait qu'il existe selon les situations des avantages à être un homme ou une femme.

D'autre part, l'accusation portée au DSM de défendre les normes de genre par le diagnostic et par la THC est un retournement suspicieux qui va à l'encontre des patients. En effet, par ce positionnement, J. Butler réinterprète le discours des patients transsexuels qu'elle souhaite pourtant défendre. En quelque sorte, elle leur enlève le crédit de leur subjectivité au profit d'un projet collectif.

---

<sup>233</sup> Pfäfflin F. (2006), Research, research politics and clinical experience with transsexual patients in *Identity, gender, and sexuality 150 years after Freud*, London, Karnac books, International Psychoanalytical Association, 139-156, 2009.

<sup>234</sup> Villeneuve S. (2006), Etre transsexuels en Iran : changer de sexe ou mourir, *Envoyé spécial*, France 2, diffusé le 18 mai 2006 [reportage vidéo en ligne]. <http://ma-tvideo.france2.fr/video/iLyROoaftukg.html> (page créée 9 octobre 2007, consultée le 6 novembre 2010).

Et Eshaghian T. (2009), Transsexuel en Iran, *Soirée société*, France 5, diffusé le 19 mai 2009 [reportage vidéo en ligne]. [http://www.dailymotion.com/video/x9etmd\\_transsexuel-en-iran-1ere-partie\\_news](http://www.dailymotion.com/video/x9etmd_transsexuel-en-iran-1ere-partie_news) (page créée 27 mai 2009, consultée le 6 novembre 2010).

### 6. 2. 3. Contre une maltraitance théorique, une approche psychopolitique

Parmi les approches socioculturelles, il convient de citer la position très originale de Sironi<sup>235</sup>, psychologue française, défendant une approche psychopolitique ou psychohistorique de la question « transgenre ». Pour saisir au mieux son point de vue, il faut préciser que son expérience du phénomène transgenre lui vient du milieu associatif et militant. Partant de celle-ci, elle se fait la porte-parole des mouvements activistes transgenres.

Ainsi, comme point de départ à sa position, elle postule que le transsexualisme n'est pas pathologique. Au contraire, c'est un paradigme permettant de mieux comprendre les nouvelles constructions identitaires. Plus précisément, le transsexualisme est une contrainte à la métamorphose et le *transgenderism* est un passage d'un monde à un autre. Les deux phénomènes sont des sujets du monde hypermoderne, meilleurs témoins du passage au niveau mondial du binarisme à la multiplicité, jouant au niveau individuel et intrapsychique les mutations du niveau sociétal et collectif telles les bipartitions du monde du Mur du Berlin et de la Guerre Froide. Ils démontrent la possibilité d'habiter tous les possibles, d'être déterritorialisé du genre binaire pour exister dans une appartenance multiple, mouvante et fluide dans des expériences de passages.

La souffrance liée à la problématique transsexuelle est dès lors attribuée aux psychiatres et psychologues qui refusent de laisser les candidats à la THC aux seules mains des médecins. Dans une hypocrisie professionnelle, ceux-ci exerceraient des pratiques inadéquates et une véritable maltraitance théorique ce qui agirait tel un traumatisme secondaire iatrogène sur les patients. Par la faute de cette « hostilité » de ceux-ci à l'égard des patients, le lien thérapeutique est appelé à devenir pour ces derniers un lien paradoxal toxique et mortifère.

Pour Sironi, il est donc indispensable de dépsychiatriser et dépsychopathologiser le transsexualisme ce qui permettra en même temps de libérer le genre de ces carcans normatifs qui oppressent l'identité. Les thème et vœu transsexuels deviennent une solution à un problème politique beaucoup plus vaste.

---

<sup>235</sup> Sironi F. (2011), *op. cit.*



## **Le transsexualisme**

En cela, la psychologie géopolitique clinique de Sironi - en tant qu'héritière de l'ethnopsychiatrie et de l'antipsychiatrie - serait la mieux à même de rendre compte et de proposer une prise en charge adaptée au transsexualisme. Cette approche que Sironi appelle aussi psychopolitique ou psychohistorique traite de l'effet normal ou psychopathologique résultant de l'articulation entre l'histoire singulière et l'histoire collective cherchant à comprendre l'impact des idées et conceptions dominantes du monde qui vont à un certain moment de la vie du sujet conditionner son existence. L'idée générale est donc que l'individu naît et vit dans un contexte historique et politique.

Toutefois, en laissant de côté ces affirmations aux tendances prosélytes issues du milieu militant, la position de Sironi en tant que professionnel, psychologue, devient moins claire. Le transsexualisme résulterait d'un traumatisme dû à des abus sexuels dans l'enfance, à des expériences de violences, de terreur et d'assujettissement ou encore à des expériences d'acculturation difficilement vécues. Ces expériences de mutation d'un monde social ou culturel à un autre, passages brutaux mènent le sujet à devenir ce qu'elle surnomme des laissés-pour-compte de l'histoire. Elles agiraient alors tel un marqueur de la psyché, imprimant des lignes de forces conscientes et inconscientes dans le fonctionnement du sujet, devenant ainsi un réel organisateur. Paradoxalement, la problématique transsexuelle découlerait donc d'une souffrance mais la souffrance rencontrée chez les patients ne serait pas celle-ci. Cette dernière souffrance « actuelle » des patients serait celle induite par la société et son idéologie binaire du genre (dont en particulier les psychiatres et psychologues qui la maintiennent). La souffrance originelle aurait disparu « grâce » à l'identité sexuée opposée au sexe biologique et social qui agirait telle une résilience. Le transsexualisme est une solution. En le dépsychiatrisant et en le dépathologisant, il acquerra un rôle et un sens nouveaux, utiles et applicables à d'autres types d'expériences.

En tant que disciple de l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux, il n'est pas surprenant que Sironi fasse un rapprochement entre le transsexualisme et le phénomène d'acculturation. Mais il est alors difficile de ne pas se perdre puisqu'en effet, elle commence par expliquer le transsexualisme par celui-ci, puis dans un second temps, inverse les rôles, le transsexualisme expliquant et permettant de mieux comprendre l'acculturation.

De même, comme selon le point de vue de J. Butler, Sironi est plus proche du mouvement transgenre que du transsexualisme. Le problème rencontré par les personnes transsexuelles relèverait du domaine politique et encore une fois, dès lors que celui-ci serait

résolu par un nouvel ordre, le transsexualisme n'aurait plus lieu d'exister et serait appelé à disparaître, remplacé par le phénomène transgenre. On retrouve donc ici le problème d'un certain discrédit du discours transsexuel par sa désingularisation au profit d'une idéologie collective.

### 6. 2. 4. Retour à *Trouble dans le genre* : situer le transsexualisme dans la théorie de la mélancolie de genre

Enfin, pour compléter cette approche socioculturelle du transsexualisme, il convient de revenir sur la théorie de la mélancolie de genre de J. Butler<sup>236</sup>. En effet, dans *Trouble dans le genre*, J. Butler ne fait pas référence de manière explicite au transsexualisme. En conclusion, elle met en avant la dimension subversive du phénomène *drag-queen* qui, par le travestissement, déstabilise et bouscule le genre montrant que le masculin et le féminin sont des mascarades. Cependant, l'élargissement de cette théorie au phénomène transsexuel malgré l'influence très importante qu'il a connu, reste indirect.

Sans reprendre l'ensemble de cette théorie ainsi que ses critiques qui ont déjà fait l'objet d'une présentation détaillée dans la première partie de ce travail, il est toutefois nécessaire d'en reprendre les points essentiels.

Selon J. Butler, le genre agit telle une mélancolie du fait qu'il entraîne une perte d'une partie du corps érogène. Au sein de la relation mère/bébé, le genre va être façonné sous l'influence du tabou de l'homosexualité du parent. Ainsi, de cet homo-attachement, il va résulter une perte du potentiel érogène des zones du corps du nourrisson en lien avec ce tabou. L'imprégnation du genre par l'adulte - lui-même assujéti à cet ordre - va donc conduire l'enfant vers une contrainte à l'hétéronormativité. Cependant, pour J. Butler, le genre ne procède pas selon des lignes directrices de type névrotique. Il n'est pas sous l'influence du complexe d'œdipe. Il le précède comme le tabou de l'homosexualité précède celui de l'inceste. Il en résulte une perte totale et insurmontable de l'objet et du désir qui lui est associé, une perte typique de la mélancolie où dans une identification à l'objet perdu, le sujet perd une partie de lui-même. Cette dernière est forclosée et ne peut faire l'objet d'un retour du refoulé. C'est en cela que selon J. Butler, le seul moyen de se libérer de la mélancolie réside dans *l'agency*, la capacité d'agir et que le travestissement des *drag-queens* est la solution (ce à

---

<sup>236</sup> Butler J. (1990), *op. cit.*

## Le transsexualisme

quoi il peut être ajouté dans une certaine mesure la démarche transgenre). Celui-ci permettant la remise en cause du genre et la possibilité de s'en libérer pour retrouver cette partie de soi perdue.

Cette théorie est particulièrement intéressante de par son recours à la mélancolie même s'il convient de se dégager de la conception pathologique de celle-ci pour y réfléchir en tant que véritable processus. Il est d'ailleurs possible de faire un rapprochement, même si il faut aussi en souligner les différences, entre la mélancolie de genre de J. Butler et le féminin mélancolique de C. Chabert<sup>237</sup>. Par le féminin mélancolique, C. Chabert expose comment dans les cas de troubles de la conduite alimentaire, il se met en place un destin sacrificiel du corps par le renversement de la construction hystérique du fantasme de séduction vers une dérive mélancolique. Le fantasme de séduction n'y serait pas associé à un attentat séducteur venant de l'autre mais au contraire serait fixé du côté du sujet qui s'en attribue la provocation et une participation active. Par cela, le sujet se défendrait d'être une victime mais se jugerait alors criminel et subirait une culpabilité intense d'où l'attaque dans un mouvement masochiste du corps et de l'excitation devenus persécuteurs menant à la conduite sacrificielle du corps de la mélancolie.

Hormis cette conception de la perte du corps érogène par la mélancolie, la théorie Butlerienne comporte l'originalité de situer le genre et le tabou de l'homosexualité dans le domaine sociopolitique. Ce point complexifie énormément la mélancolie de genre mais il apporte l'intérêt d'une réflexion articulant philoXYZ politique et psychanalyse. En effet, l'exercice se révèle particulièrement périlleux puisqu'il cherche à rendre compte d'une jonction très intime entre la formation de la psyché et le fonctionnement politique et social, ou autrement dit de la formation de la conscience face à la loi. Le tabou de l'homosexualité et le genre seraient des points de conflit dépassant la relation parent/enfant car relevant du fonctionnement social que J. Butler place au-dessus de l'individuel et du subjectif. En tant qu'objets sociopolitiques, ils influent sur le sujet qui ne peut que se contraindre à cet ordre « supérieur ». Ainsi, dans l'ontogenèse du soi, ces objets vont être transmis à l'individu par relations précoces à ses parents eux-mêmes sujets de cet ordre mais le genre et le tabou de l'homosexualité relèvent du niveau plus élevé, selon J. Butler, du pouvoir social. Dès lors,

---

<sup>237</sup> Chabert C. (1997), Féminin mélancolique, *Adolescence*, 15, 2, 47-55.

selon cette optique, c'est en réformant ce pouvoir au niveau politique que le conflit disparaîtra et que l'individu sera « libéré ».

Appliquée au transsexualisme, la mélancolie de genre comporte des points très pertinents. Elle explique le rapport complexe entre l'identité sexuée revendiquée et le conflit avec le corps sexué. De même, le postulat de *l'agency* laisse entrevoir une certaine correspondance avec la démarche de changement de sexe par THC. L'identité sexuée serait une expression de cette partie de soi perdue et la THC serait un moyen de la récupérer. Plus précisément, les personnes transsexuelles chercheraient à reconquérir plus que leur identité, leur corps érogène qui s'oppose à leur corps anatomique. Toutefois, la pratique clinique amène aussi à réfléchir sur l'autre versant du transsexualisme c'est-à-dire sur si ce n'est le rejet, la dimension conflictuelle du sujet à son sexe anatomique lui aussi victime d'une perte de son potentiel érogène. La perte de cette érogénité peut, dans une certaine mesure, s'expliquer par les mêmes postulats de mélancolie de genre et de tabou de l'homosexualité mais ceux-ci n'expliquent pas l'impossibilité de reconquérir ces territoires du corps et dans quelles mesures cela n'en est pas l'objectif. Cette perspective n'est le plus souvent pas mise en avant car associée à une normalisation. Retrouver le potentiel érogène du corps anatomique n'irait pas dans le sens du dépassement des limites imposées par le genre, ce qui est pourtant en contradiction avec l'objectif d'indifférence des sexes qui conclue *Trouble dans le genre*.

De même, cette démonstration du transsexualisme par la mélancolie de genre trouve une limite dans la différence entre le phénomène transsexuel et ceux *drag-queen* et transgenre. En effet, pour J. Butler, le genre construit la différence des sexes. Dès lors, la libération du genre conduit à la disparition de la différence des sexes. Ainsi, en changeant de sexe, les personnes transsexuelles seraient toujours victimes du genre et du tabou de l'homosexualité. Elles démontreraient les effets de la mélancolie de genre, ce qu'elle produit sur le corps et la capacité de le dépasser mais pas la possibilité de se libérer du genre. L'abolition de celui-ci et du tabou de l'homosexualité conduirait ainsi à la liberté de jouir de l'indifférence des sexes d'où la mise en avant des mouvements *drag-queen* et transgenre qui correspondent plus à ce projet politique.

## Le transsexualisme

### 6. 2. 5. Les contributions et limites de l'approche socioculturelle : entre subjectivité transsexuelle et idéologie collective transgenre

Comme il l'a été pointé brièvement dans chacune des sous-parties précédentes, la limite majeure de cette approche réside dans le fait que ses théories socioculturelles ont un versant politique important. Dès lors, leur approche du transsexualisme sert plus à étudier et à dénoncer les normes de genre sans tenir compte ou relever le fait que l'objectif qu'elles défendent ferait disparaître le transsexualisme. Le discours transsexuel n'y est pas « réellement » entendu. Il ne fait l'objet d'attention que pour son potentiel subversif dénonçant ces normes de genre oppressantes, mais cette visée collective peut laisser transparaître un écart important par rapport au vécu subjectif du patient.

Les personnes transsexuelles se voient confier une mission qui peut être proche mais ne correspond pas à leur démarche d'origine toute personnelle et subjective. En effet, une fois le genre défait et la différence des sexes disparue, il n'y aura plus lieu de changer de sexe. Ainsi, bien que défendant une autodétermination de soi libérée du genre, dans leurs critiques faites aux membres des équipes hospitalières pratiquant la THC (considérés comme oppresseurs), Sironi et J. Butler s'éloignent de la problématique intra-subjective transsexuelle des patients qui pour leur part demandent l'accès à ce traitement. Il convient ici de parler d'un souci de politique qui concerne et oppose tout autant des parties du milieu médical que du milieu associatif, entre elles, mais aussi à l'intérieur de chacune d'elles. La maltraitance théorique mise en avant par Sironi au sujet des psychiatres et psychologues se révèle concerner en réalité à la fois certains praticiens mais aussi certains tenants de l'approche socioculturelle qui semblent tomber dans une instrumentalisation du transsexualisme qu'ils attribuent aux autres<sup>238</sup>. Le projet politique est plus proche du mouvement transgenre que du phénomène transsexuel puisque le transsexualisme et la THC montrent un dépassement de la finitude du sexe biologique inné mais réaffirment l'importance de la différence des sexes. Les tenants de l'approche socioculturelle pourraient donc lui reprocher de reproduire et de maintenir la différence des sexes, l'ancien modèle binaire par l'aboutissement de la THC.

---

<sup>238</sup> A la suite d'un colloque sur les *gender studies*, dans une conversation privée, les participants me répondaient que « ces pauvres patients transsexuels » n'auraient pas besoin de la THC si on réformait le genre, « qu'au lieu de chercher à soigner » les transsexuels « en leur imposant de changer de sexe », on leur proposerait alors de ne pas faire de THC mais de libérer leur genre. Cette proposition laisse entrevoir comme une empathie malvenue où le sujet n'est pas réellement écouté ou pris au sérieux, et surtout une position gênante pouvant se résumer par « on sait mieux que vous ce qui serait bon pour vous ».

Toutefois, il faut aussi reconnaître une contribution positive une fois l'approche sociale nuancée. Il s'agit de la réflexion sur le contexte, sur le lien entre socius et psyché mais aussi sur comment la conjugaison de ces deux derniers influe sur le corps vécu et le corps érogène indépendamment du corps physiologique.

De même, en dépassionnant ces débats et en prenant de la distance quant aux tendances partisans, les réflexions sur ce qui relève du pathologique ou de variations de la norme combinées à celles sur le rapport entre transformations socioculturelles et subjectivité, sont aussi intéressantes que pertinentes. En se repositionnant dans une neutralité bienveillante qui permet de rendre toute sa place à la parole du sujet, ces points s'avèrent être des perspectives de recherches pouvant ouvrir de nouvelles voies quant à l'investigation du transsexualisme et même des pistes dépassant la problématique du sexué. Pour poursuivre dans cette direction, on peut citer les travaux psychanalytiques déjà anciens mais au combien reconnus de J. McDougall<sup>239</sup> sur la normalité et la perversion, et ceux récents mais plus discrets du Professeur R. Aceituno<sup>240</sup> de l'Université du Chili qui réfléchit à partir d'un point de vue psychanalytique sur la place de l'historique et des liens sociaux dans le processus de subjectivation auxquels il pourrait peut-être être ajouté le concept d'un Inconscient mythosymblique<sup>241</sup> de Laplanche qui accorde une place à la culture dans la traduction du message énigmatique du sexual lors de la séduction généralisée. Avant de passer à un élargissement du point de vue psychanalytique concernant le transsexualisme, il est nécessaire de présenter ce dernier selon cette approche.

---

<sup>239</sup> McDougall J. (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Mayenne, Gallimard.  
et McDougall J. (1996), *op. cit.*

<sup>240</sup> Intervention au LASI de l'Université de Paris Ouest-Nanterre La Défense en novembre 2010 et en partie dans :

Aceituno R. (2005a), Trauma, memoria y transmisión. Notas sobre historia y psicoanálisis, *Revista de la Academia*, 10, 177-183.

Aceituno R. (2005b), Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea, *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, Vol. XIV, , 111-122.

Aceituno R. (2004), Diálogo interdisciplinario y discurso psicoanalítico, *Castalia*, N°7.

<sup>241</sup> Laplanche J. (2007b), Trois acceptations du mot "inconscient" dans le cadre de la Théorie de la séduction généralisée in *Sexual, la sexualité élargie au sens freudien*, Paris, PUF, 195-214.

### 6. 3. Les hypothèses psychanalytiques

Pour être précis, on ne peut parler d'une hypothèse psychanalytique du transsexualisme. En effet, en psychanalyse, le phénomène transsexuel fait l'objet d'une controverse interne indépendamment des autres approches étiologiques citées ci-dessus. De manière générale, on peut noter que quelles que soient les différentes hypothèses étiologiques proposées en psychanalyse, celles-ci ont en commun de prendre comme référence le champ psychopathologique et leur grille nosographique respective (même l'hypothèse de Stoller qui a l'originalité de s'y référer à contre-pied, par la forme négative).

En résumé, la question de la place nosologique du transsexualisme est un débat ancien et vaste. Dès 1956, J.-M. Alby<sup>242</sup> souligne que le transsexualisme est au carrefour, à la limite de tout. Plus récemment, Chiland<sup>243</sup> le qualifiera de défi pour la nosologie traditionnelle. Selon elle, la demande de changement de sexe constitue un groupe hétérogène pouvant s'exprimer au travers d'expressions cliniques diverses avec toutefois la prédominance d'une composante soit identitaire, homosexuelle ou bien transvestie. De même, A. Oppenheimer<sup>244</sup>, bien qu'elle refuse d'assigner de manière univoque une structure prédéterminée au transsexualisme, parlera de trans-nosographie pour qualifier cette problématique.

Ainsi, le transsexualisme a été rapproché d'entités pathologiques telles que l'hystérie, la paranoïa, l'anorexie mentale. Il a été conçu comme une défense contre l'homosexualité, assimilé à un délire partiel<sup>245</sup>, à une psychose blanche<sup>246</sup>, à un précurseur de l'homosexualité et du transvestisme<sup>247</sup>, à un trouble de l'identité de genre<sup>248</sup>, à une dysphorie de genre<sup>249</sup>, à

---

<sup>242</sup> Alby J. M. (1956), *op. cit.*

<sup>243</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>244</sup> Oppenheimer A. (1996), L'impossible droit in Czermak M., Frignet H. et al. , *Sur l'identité sexuelle, à propos du transsexualisme*, Paris, Association freudienne internationale.

<sup>245</sup> Delay J., Deniker P., Lempérière T., Benoit J.-C. (1954), *op. cit.*

<sup>246</sup> Gorceix A. (1979), En deçà et au-delà de la psychose, *Actualités Psychiatriques*, 8, 24.

<sup>247</sup> Limentani A. (1989), The significance of Transsexualism in relation to some basic psychoanalytic Concepts, in *Between Freud and Klein*, London, Free Association Books, 113-154.

<sup>248</sup> Stoller R. J. (1968), *op. cit.*

<sup>249</sup> Fisk N. M. (1973), Gender Dysphoria Syndrome (the how, what and why of a disease) in Gandy P., Laub D., *Proceeding of the interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*, Stanford, Stanford University Press, 7-14.

une pathologie iatrogène<sup>250</sup> et/ou médiagène, et même à une entité autonome de la nosographie psychiatrique<sup>251</sup>.

De cette cacophonie, il est possible de distinguer trois écoles principales présentant chacune sa théorie interprétative, son modèle étiopathogénique et sa conception nosologique du transsexualisme.

Ainsi, après une brève présentation de l'inversion sexuelle en tant que prédécesseur du transsexualisme le confondant avec l'homosexualité et le transvestisme, il sera présenté le modèle a-confliktuel de Stoller, le modèle conflictuel d'une structure perverse qu'il faut subtilement différencier de la notion de perversion sexuelle en psychiatrie, celui de l'Association Freudienne Internationale qui associe le transsexualisme à la psychose en tant que résultat de la forclusion du Nom du Père. Puis, pour finir, le dernier modèle conflictuel qui correspond à un ensemble d'auteurs qui ne présentent pas un schéma unique et vraiment commun concernant le transsexualisme mais qui s'accordent sur le fait que le transsexualisme s'apparenterait à un trouble du narcissisme et à une organisation borderline de la personnalité tels qu'ils sont décrits par Kernberg<sup>252</sup>, le renvoyant donc à un défaut de la structuration du Soi dont la féminité et la masculinité ne semblent que peu intégrées mais qui se distinguent de la psychose notamment quant à son niveau d'intégration de l'épreuve de réalité.

### 6. 3. 1. A l'origine S. Freud et l'inversion sexuelle

A la fin du XIXe siècle et début du XXe siècle, le transsexualisme était confondu avec l'homosexualité et le transvestisme dans ce que la psychiatrie de l'époque nommait l'inversion sexuelle. Celle-ci était alors classée dans les maladies mentales en tant que perversion sexuelle chronique par anomalie du choix de l'objet et se trouvait ranger, dans les manuels de psychiatrie, dans la catégorie des perversions sexuelles aux côtés de l'autoérotisme (onanisme simple à différencier de sa conception élargie par la psychanalyse), de la pédophilie, de la gérontophilie, de l'inceste, de la zoophilie, du fétichisme, de la nécrophilie et du vampirisme. Selon la majorité des auteurs de cette époque, le phénomène d'inversion sexuelle était une perversion de l'ordre de la psychose due à une dégénérescence

---

<sup>250</sup> Scherrer P. (1980), A propos du transsexualisme et de sa thérapeutique éventuelle, *Annales Médico-psychologiques*, 138, 453-461.

<sup>251</sup> Breton J., Cordier B. (1996), Aspects psychiatriques du transsexualisme. Discussion, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 180, 1389-1394.

<sup>252</sup> Kernberg O. (1975), *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1997.



## Le transsexualisme

héréditaire et innée<sup>253</sup>. A contrario, S. Freud se distinguait de cette majeure partie de ses contemporains en considérant l'inversion comme un phénomène acquis. Par la suite, c'est par la psychanalyse avec les écrits de son inventeur sur les « aberrations » sexuelles<sup>254</sup> que l'inversion a pu sortir de ces premières conceptions de « dégénérescence » alors majoritaires. En considérant la sexualité infantile comme perverse et polymorphe, S. Freud<sup>255</sup> a montré que l'inversion pouvait être conçue comme une partie intégrante de la constitution « normale » de l'individu et que si le sujet n'exprimait pas de souffrance alors l'inversion ne devait pas être confondue avec le pathologique (point de vue que ces successeurs n'ont pas tous suivi<sup>256</sup>).

S. Freud<sup>257</sup> n'a pas rencontré de patient pouvant être rapproché du phénomène transsexuel. Toutefois, il avait saisi et fait remarquer que la littérature de son époque sur l'homosexualité ne distinguait pas assez le choix d'objet, le caractère sexuel psychique et le caractère sexuel somatique de l'individu. Or, cette nuance est fondamentale dans l'investigation de l'inversion car elle permet justement la mise au jour de toutes les subtilités nécessaires à l'abord et à la différenciation de l'homosexualité et du transsexualisme. En effet, cette distinction même si elle n'y aboutit pas encore, laisse présager la possibilité de faire le discernement entre l'homosexualité et le transsexualisme, la première relevant du choix d'objet et le second de l'identité sexuée (proche de ce que Freud nommait le caractère sexuel psychique).

D'autre part, il convient de citer ce que Ferenczi<sup>258</sup>, en 1911, a nommé homoérotisme plutôt qu'homosexualité. En effet, son concept semble d'autant plus pertinent qu'il en distingue deux types : l'homoérotisme de sujet et l'homoérotisme d'objet. Pour bien comprendre ce dernier, il est nécessaire de préciser que pour Ferenczi, les hommes de la société du début du XXe siècle étaient tous sans exception des hétérosexuels compulsifs à cause de la civilisation qui interdisait l'amphérotisme (possibilité d'un double choix, la

---

<sup>253</sup> Charcot J. -M. et Magnan V. (1882), *Inversion du sens génital et sexuelle*, Paris, Frénésie, 1987.

Hirschfeld M. (1899), *op. cit.*

Westphal C. (1870), Die conträre sexuellempfindung, *Archiv für psychiatrie*, 2, 73-108. (L'inversion de la sensibilité sexuelle, *Archives de psychiatrie et des maladies nerveuses*).

Krafft-Ebing R. Von (1886), *op. cit.*

<sup>254</sup> Freud S. (1905), *op. cit.*

<sup>255</sup> Freud S. (1905), *op. cit.*

<sup>256</sup> Roudinesco E. (2002), *op. cit.*

<sup>257</sup> Freud S. (1920), *op. cit.*

<sup>258</sup> Ferenczi S. (1911), L'homoérotisme : nosologie de l'homosexualité masculine in *Psychanalyse tome II*, Paris, PUF, 117-129, 1970.

bisexualité). De même, Ferenczi distingue le concept d'homoérotisme de sujet qui renverrait au fait qu'un homme se sente femme et se comporte comme telle. L'homoérotisme de sujet se situerait à un stade intermédiaire lié à une anomalie du développement ce qui se rapproche de la position de M. Hirschfeld<sup>259</sup>, alors que l'homoérotisme d'objet relèverait par contre de la pulsion obsessionnelle et laisserait donc intact le sentiment d'appartenir au sexe masculin chez le patient.

Pour Ferenczi<sup>260</sup>, l'homoérotisme de sujet correspondrait au « vrai inverti » et il devrait être considéré comme un état ne relevant pas de la cure analytique ou de toute forme de psychothérapie. Ces dernières peuvent avoir des effets positifs sur le vécu de l'inversion avec notamment une diminution de l'angoisse mais elles ne remettent pas en question l'orientation sexuelle. Par contre, l'homoérotisme d'objet - en tant que dérivé de la névrose obsessionnelle - répondrait au traitement analytique. C'est sur ce dernier point mettant en avant une egodystonie dans l'homoérotisme d'objet que s'arrête l'hypothèse que l'homoérotisme de sujet pourrait faire écho au transsexualisme et que celui d'objet renverrait à l'homosexualité.

Pour en revenir à S. Freud, il ne semble pas complètement erroné de supposer que celui-ci n'aurait pas assimilé le sujet transsexuel à la perversion sexuelle ou tout du moins qu'il n'aurait pas adhéré à cette conception du phénomène sous l'angle simpliste et réducteur de la conception psychiatrique de la perversion sexuelle de son époque qu'il avait déjà constaté et dénoncé concernant l'inversion.

Toutefois, malgré ses remarques pertinentes invitant à la précaution, d'une part, l'homosexualité est longtemps restée classée dans les manuels de psychiatrie<sup>261</sup> et il arrive encore actuellement que le transsexualisme soit considéré comme une perversion sexuelle en rapport avec l'homosexualité, de façon identique aux écrits de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle. Ainsi, Marcelli et Braconnier<sup>262</sup> considèrent le transsexualisme comme une perversion formant le dernier rempart tenant le sujet en dehors de la psychose. D'autres postulent qu'il s'agirait d'une forme d'homosexualité tendant vers la psychose à cause d'un

---

<sup>259</sup> Hirschfeld M. (1899), *op. cit.*

<sup>260</sup> Ferenczi S. (1911), *op. cit.*

<sup>261</sup> Ey H., Bernard P., Brisset C. (1960), Les perversions sexuelles in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 382-390, 1989.

<sup>262</sup> Marcelli D. et Braconnier A. (1983), Les difficultés spécifiques de l'établissement de l'identité sexuelle, in *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson, 191-193, 1995.

## Le transsexualisme

sentiment de culpabilité à l'égard des pulsions homosexuelles, point de vue que Lempière et Féline<sup>263</sup> étayent en argumentant que chez ces patients, les troubles de la personnalité sont profonds et souvent proches du délire avec des thèmes de transformation corporelle et des revendications hypocondriaques.

### 6. 3. 2. Le modèle a-confliktuel de R. J. Stoller : ni psychose, ni perversion

Plus tard, à la fin des années 60, en rupture avec ce premier point de vue pathologique, on trouve celui tempéré mais particulier de Stoller. Selon celui-ci, le transsexualisme n'est en premier lieu ni une psychose, ni une perversion. De manière plus radicale, il serait même à écarter de la pathologie psychiatrique. Pour résumer cette position, Stoller<sup>264</sup> dira du transsexualisme : « *it's an illusion, not a delusion* », c'est une illusion et non un délire. Selon lui, le transsexualisme homme vers femme découle de la relation symbiotique et a-confliktuelle à la mère. Ainsi, le sujet transsexuel se sentirait « quasi normalement » femme car son genre serait féminin.

Pour Stoller, l'histoire du patient transsexuel masculin vers féminin se raconterait sur trois générations. Au commencement, la grand-mère du sujet ne s'occuperait pas de sa fille, future mère du sujet. Elle ne l'a pas voulu et lui aurait préféré un garçon. Elle l'ignore voire la dévalorise. Dès lors, cette petite fille, future mère, face à cette frustration se rapprocherait de son père qui plutôt que de la soutenir, la traite sur le mode du « copinage ». Par cela, le grand-père encourage donc cette fille à suivre le chemin de la masculinité. La mère du sujet transsexuel développerait alors le désir d'être un garçon voire d'être supérieure aux garçons. Toutefois, au lieu de succomber elle-même à une problématique transsexuelle, elle va châtrer les hommes de son entourage. Elle se choisira un mari discret et absent et surinvestira son bébé garçon à tel point que sa féminité infiltrera le noyau d'« identité de genre » de ce petit nourrisson, d'autant plus que le père choisi pour sa pauvreté virile ni ne jouera son rôle de tiers séparateur de la dyade mère/bébé, ni ne prendra sa place de modèle sur lequel l'enfant doit concevoir sa masculinité. Dans cette dynamique familiale particulière, le petit garçon devient alors le « phallus idéal de la mère » qui supprime tous les hommes perçus comme peu phalliques. Stoller note qu'au sein de cette relation fusionnelle, ces mères n'ont pas l'air de distinguer leur enfant en tant qu'entité. Elles perçoivent tout sur le mode du « Nous ».

---

<sup>263</sup> Lempière T., Féline A. et al. (1977), Le transsexualisme, in *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 191, 1996.

<sup>264</sup> Stoller R. J. (1968), *op. cit.*

L'auteur<sup>265</sup> parle d'intimité étroite, merveilleuse, peau à peau, l'enfant étant maintenu très proche du corps de la mère. Dès lors, selon cette théorie, le sujet TMF n'a jamais connu ni le masculin, ni le conflit. La féminisation du garçon serait donc première et se ferait de manière progressive par un processus d'identification induit par la mère sans conflit mais même au-delà dans une relation fusionnelle harmonieuse et bienheureuse. Les composantes d'angoisse et de conflit n'apparaîtraient qu'ultérieurement, et compte tenu de l'irréversibilité du processus, la seule solution serait d'aider le sujet transsexuel dans son parcours de réassignation. La psychothérapie, si elle n'est pas inappropriée, selon ce modèle, ne jouerait qu'un rôle secondaire pouvant à la rigueur aider le sujet quant à ses angoisses et conflits, mais elle ne pourrait en aucun cas le soulager de manière stable et satisfaisante de la problématique transsexuelle.

Cette conception d'une a-conflictualité se complexifie déjà lorsque l'on introduit le transsexualisme féminin vers masculin. Les postulats fondamentaux de la théorie de l'identité de genre que sont la protoféminité et la symbiose a-conflictuelle ne s'intègrent pas facilement à ce versant du phénomène. Ainsi, Stoller propose pour celui-ci un schéma symétriquement opposé au transsexualisme masculin. Selon lui, la fille future TFM serait dès la naissance mise de côté. Elle serait perçue et traitée comme n'étant ni un beau bébé et ni féminine. Sa mère serait présente physiquement mais absente psychiquement car déprimée ou malade. Dès lors, elle ne favoriserait pas l'identification féminine de la petite fille encore nourrisson. Pour sa part, son père serait absent et ne serait ni comment s'occuper de la mère, ni comment s'occuper de ce bébé. Il attendrait donc que cette fille agisse tel un remède, un objet de réconfort pour son épouse et encouragerait de cette façon la masculinisation de cet enfant. Dans ces conditions, la petite fille va donc chercher à s'identifier, à se greffer, à son père à la fois pour se préserver des sentiments de solitude et de vide ressentis dans la relation à sa mère mais aussi en réaction au traumatisme de la maladie de la mère. Par cela, elle va tenter sur un mode masculin de se substituer au père pour essayer de la soulager en lui apportant le soutien que le père incompétent ne lui procure pas. Dès lors, ce choix du masculin est assimilé à un évitement de la dépression rattachée à la féminité et à l'image de la mère. Bien que son expérience du transsexualisme féminin ait précédé celle du versant masculin<sup>266</sup>, cette

---

<sup>265</sup> Stoller R. J. (1985), *op cit.*

<sup>266</sup> Le premier contact de R. J. Stoller avec un sujet transsexuel était avec un TFM qu'un collègue lui avait renvoyé.

## Le transsexualisme

expérience ainsi que les travaux de Stoller sur ce sujet, restent beaucoup moins importants. Il semble évident que ce versant n'est pas aussi clairement défini que son homologue masculin vers féminin. En effet, le transsexualisme féminin renverrait à un double vide. Si chez le garçon, il faut une dés-identification pour se défaire de l'identification première à la mère et entrer dans le masculin, chez la fille, ce modèle pose problème. L'identification première et féminine à la mère semble inexistante et la fille réussirait par contre à se greffer sur un père lui aussi absent voire rejetant. Ceci implique dès lors une recherche active de dés-identification à la mère (s'il y a eu une identification) qui d'identification au masculin du père mais malgré cela différente de la sienne. Or, si cette approche n'est pas inconcevable, la conception a-conflictuelle qui était le point justifiant l'irréversibilité du phénomène chez le garçon, ne semble pas compatible. On peut se demander comment tant de difficultés pourraient donner lieu à une identité sexuée exempte de tout conflit. A ce sujet et répondant à cette critique, le fait que Stoller postule que dans le transsexualisme féminin vers masculin, le choix d'objet et la composante homosexuelle joueraient un rôle plus important mais cet argument semble ne pas suffire pour résoudre un dilemme si important. Cependant, Stoller campe sur la même position d'une irréversibilité et d'une a-conflictualité de l'identité sexuée dans le cas du transsexualisme masculin, ce dernier étant pourtant lui-même questionné par cette remarque.

Le cas du petit Sami de 9 ans exposé par M.-T. Khair Badawi<sup>267</sup> est un bon exemple de féminité persistante chez le petit garçon suite à une relation sans distance à la mère, à un trop plein de féminin dans une identification primaire excessive en l'absence d'un modèle identificatoire paternel masculinisant et valorisant. Cependant, comme le suggère très justement Khair Badawi, cette féminité issue de la proféminité, peut être mise en relation avec l'impensé du refus du féminin dans les deux sexes qui en tant que butée et limite à l'analysable, renvoie alors - du point de vue la technique analytique - plutôt à une construction qu'à une interprétation. En effet, comme le fait remarquer l'auteur, tant au niveau des différentes théories psychanalytiques du féminin qu'au niveau du roc du féminin dans la cure, nous sommes ici en présence de « constructions du féminin », au sens de la technique de « construction dans l'analyse ». Reprenant S. Freud, Khair Badawi<sup>268</sup> expose que

---

<sup>267</sup> Khair Badawi M.-T. (2008), Féminin, féminin/maternel : des constructions pour le dire, *Revue française de psychanalyse*, 5, 72, 1489-1496. (version longue, non synthétisée, transmise par l'auteur)

<sup>268</sup> Khair Badawi M.-T. (2008), *Ibid.*

cette technique de construction - en rapport avec l'inanalysable et l'analyse sans fin - vise à remplacer le morceau de réalité dénié dans l'actuel par un autre morceau dénié dans la prime enfance, qui dans le cas du féminin se rapporte donc à l'objet maternel primaire terrifiant. Ainsi, dans le cas de Sami et des enfants présentant un troubles de l'identité sexuelle comme décrits par Stoller, cette construction du féminin - et non du refus du féminin – donne lieu à une identification primaire à la mère qui empêche l'accès à la virilité. Cependant, comme il l'a déjà été remarqué plus tôt dans ce travail, la question de l'a-conflictualité de cette relation reste posée. En effet, la construction étant en lien avec le(s) déni(s), nous pouvons nous interroger sur une approche plutôt conflictuelle de la protoféminité, de la sexuaction en général, et par voie de conséquence, de l'identité de genre ou identité sexuée.

### **6. 3. 3. Les modèles conflictuels : perversion, psychose et organisation limite**

#### *6. 3. 3. 1. Transsexualisme et psychanalyse lacanienne : retour sur les structures perverse et psychotique*

Comme le souligne très justement H. Hubert<sup>269</sup>, la question transsexuelle tient une place très particulière dans l'enseignement de Lacan. Ce dernier s'est intéressé très tôt au phénomène transsexuel. Le syndrome a été défini fin 1952 aux Etats-Unis, exposé une première fois en France en 1956 et Lacan l'aborde dès 1958. De même, de 1952 à 1954, Lacan a suivi un patient transsexuel hospitalisé dans le service du Professeur Delay à l'hôpital Sainte-Anne. De ce fort intérêt, le transsexualisme apparaît à deux moments clés de l'élaboration théorique de Lacan.

Premièrement, en 1958, dans *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*, Lacan expose la solution « transsexualiste » en tant que solution à la jouissance restaurant par une détermination symbolique la structure imaginaire de la psychose. Se référant d'une part à la thèse de médecine de J.-M. Alby mais surtout à la féminisation du Président Schreber, la question transsexuelle est alors mise en lien avec la structure psychotique. Chez les patients transsexuels, le Réel prendrait la place du Symbolique du fait de la forclusion du Nom du Père. Lacan précise que selon cette dernière le patient n'est pas tant voué à être forclos du pénis mais plutôt à devenir une femme pour « être le phallus » ce qui entraîne alors l'exigence de castration réelle. Cependant, Lacan laisse aussi

---

<sup>269</sup> Hubert H. (2007), *Transsexualisme : du syndrome au sinthome*, Paris, ANRT.

## **Le transsexualisme**

entrevoir aussi un rapprochement entre transsexualisme et perversion de par la pratique transsexualiste mise en rapport direct avec l'activité érotique du Président Schreber seul face à son reflet dans le miroir.

Le second moment de son enseignement correspond à l'année 1971. Au début de celle-ci, il cite alors l'œuvre Stoller<sup>270</sup> disant que les cas transsexuels et leurs corrélats familiaux y sont très bien exposés mais qu'il s'étonne que Stoller passe à côté de la dimension psychotique du phénomène ce qu'il attribue à l'ignorance de Stoller concernant la forclusion<sup>271</sup>. Puis vient, à la fin 1971, le moment où Lacan présente dans son enseignement l'erreur commune et la théorie de la sexuation, où il se réfère au transsexualisme. Selon ces deux points théoriques exposés dans la première partie de ce travail, Lacan affirme que le sujet transsexuel pâtirait de l'erreur commune, qu'il aurait raison de dénoncer en tant qu'erreur. Selon l'approche de Lacan, la sexuation au niveau de l'Inconscient n'est pas l'attribution ou non d'un organe et le sujet transsexuel l'aurait compris. Toutefois, le sujet transsexuel aurait en même temps tort car il confondrait l'organe et le signifiant et du fait de cette confusion entre le Réel et le Symbolique, au lieu de chercher à se débarrasser du signifiant, il demanderait l'ablation du pénis invoquant non pas l'erreur commune mais l'erreur de la nature confirmant ainsi pour les successeurs de Lacan la thèse première que le transsexualisme relèverait d'une structure psychotique.

Partant de cette remarque sur l'importance du transsexualisme dans l'enseignement de Lacan, l'engagement et l'intérêt des successeurs de celui-ci vis-à-vis de la question transsexuelle semble plus claire et il convient dès lors de présenter les deux directions qui ont été prises par ces derniers à savoir celle d'une structure perverse à la limite de la psychose et celle de la structure purement psychotique.

### **a. Une structure perverse à la limite de la psychose : retour sur le transsexualisme et l'homosexualité**

Au moment de la présentation de la théorie lacanienne de la sexuation, il a été souligné que la conception de la perversion<sup>272</sup> manquait de clarté. Celle-ci est parfois conçue en tant que troisième structure se distinguant de la névrose et de la psychose et d'autre fois, comme

---

<sup>270</sup> Stoller R. J. (1968), *op. cit.*

<sup>271</sup> Lacan J. (2007), *Le séminaire, Livre XVIII, d'un discours qui ne serait pas du semblant*, Paris, Seuil.

<sup>272</sup> Lacan J. (1962), *op. cit.*

une position intermédiaire entre celles-ci avec un usage particulier du phallus. Toutefois, il demeure important de considérer que du point de vue analytique, la notion de perversion ou de structure perverse doit être différenciée de sa conception psychiatrique centrée sur la pratique d'un comportement sexuel jugée déviante par rapport à une norme.

Concernant le transsexualisme, dès 1956, J.-M. Alby<sup>273</sup> - psychiatre cité en référence par Lacan bien que n'appartenant pas explicitement au courant lacanien - souligne la présence de thèmes pervers chez les sujets transsexuels tels l'exhibitionnisme, le fétichisme et des pulsions masochistes qui témoigneraient d'une altération des rapports du sujet avec le monde extérieur. Mais J.-M. Alby relativise l'importance de cette perturbation en liaison avec la conviction transsexuelle en faisant remarquer que les patients transsexuels dans leur demande de transformation se sentent homme du fait qu'ils ont un pénis. Pour expliquer cela, il expose la nuance qui s'opère au niveau du clivage du Moi, dans la perversion et dans la psychose. Dans le premier cas, le clivage du Moi permet au sujet de reconnaître et en même temps de désavouer au niveau inconscient l'absence de pénis chez la femme. Dans le second, le clivage du Moi n'est pas centré sur l'attribution phallique mais sur la réalité qu'il dénie partiellement, de manière similaire au clivage vertical de Kohut, clivage au Moi de Roussillon, cité par Estellon<sup>274</sup>. Cette différence permet au pervers, à l'instar du psychotique, d'admettre une partie de la réalité, tout en la déniait du niveau conscient, et ce sans pour autant avoir recours à la construction d'une néo-réalité. Dans sa thèse, J.-M. Alby ne tranche pas quant à l'assignation d'une structure au transsexualisme. De même, ses remarques cliniques et les conclusions qu'il en tire ne permettent pas de situer clairement le transsexualisme dans la nosographie. Il y expose les caractéristiques perverses du transsexualisme mais revient sur les modes de défense archaïques à plutôt mettre en lien avec un Moi psychotique. Selon celles-ci, les transsexuels mettraient en jeu la fonction du Réel et seraient victimes d'une carence du Nom du Père. La castration de la mère serait démentie et l'image dans le miroir serait totalisante et unifiante ne laissant aucune place au manque. En cela, le sujet transsexuel entendrait incarner La femme dont Lacan<sup>275</sup> prônait la non-existence et la demande de castration aurait un caractère autodestructeur résultant de désirs de destruction primitivement dirigés vers autrui puis retournés contre le sujet lui-même. La conviction d'appartenir à l'autre

---

<sup>273</sup> Alby J.-M. (1956), *op. cit.*

<sup>274</sup> Estellon V. (2010), *Les états limites*, Paris, PUF, p55-57.

<sup>275</sup> Lacan J. (1973b), *op. cit.* ; et Lacan J. (1975), *op. cit.*



## Le transsexualisme

sexe est ici jugée comme délirante. L'enfant investi en tant que phallus de la mère n'accéderait pas au signifiant phallique Nom du Père et ceci l'entraînerait dans une revendication délirante par adhésion à une croyance en la négation de son sexe s'exprimant à l'âge adulte dans des manifestations hypocondriaques et des réactions dépressives avant d'aboutir à un état paranoïaque. A la différence du fétichiste qui reconnaît la valeur substitutive de son objet, la relation d'objet du transsexuel n'aurait pu être maintenue de façon assez élaborée d'où une dominance des mécanismes de type psychotique par rapport au sujet pervers. J.-M. Alby postule alors que le transsexualisme serait une transformation psychotique de l'homosexualité ayant pour défense une croyance magique en « l'intégrité » de la femme avec une valeur phallique majeure concernant ses organes sexuels. Pour lui, le Moi des homosexuels utiliserait « essentiellement » des mécanismes de type névrotique. Le travesti et le fétichiste laisseraient déjà entrevoir un clivage du Moi oscillant entre la névrose et la perversion alors que les mécanismes de défense des personnes transsexuelles renverraient plutôt à la psychose. Il conclue alors que selon lui, le transsexualisme masculin vers féminin semble plus du côté de la psychose et que le transsexualisme féminin vers masculin serait plus du côté de la perversion. Toutefois, sa position quant à une structure perverse indépendante de la névrose et de la psychose n'est pas claire et il précise d'ailleurs que tous les intermédiaires semblent existés entre les structures perverse, névrotique et psychotique.

Selon un point de vue similaire, Dor<sup>276</sup> propose par la suite une étude du transsexualisme sous l'angle de la perversion. Pour éclairer ce point de vue, il revient sur la théorie de Lacan ainsi que sur celle de Stoller<sup>277</sup>. Dor accorde une certaine crédibilité à la symbiose mère/enfant décrite par Stoller mais il précise que la mère du futur transsexuel ne serait pas phallique et poserait son enfant comme étant son phallus à elle ce qui la rapprocherait de la mère hors-la-loi psychotisante. Par contre, il refuse complètement l'idée d'une primauté féminine quant au genre. Sur ce point, il accuse Stoller et sa théorie d'avoir été les victimes naïves à la fois des données biologiques contemporaines en embryologie qui postulaient un processus ultérieur de masculinisation, et aussi d'une « mascarade idéologique » avec des conceptions de masculinité et de féminité imprégnées de « faux-semblants », Stoller se contentant d'adhérer aux stéréotypes masculins et féminins renvoyés par les patients transsexuels. Selon Dor, l'ambiguïté fantasmatique de l'attribution phallique

---

<sup>276</sup> Dor J. (1986), *op. cit.*

<sup>277</sup> Voir ci-dessus.

par confusion entre l'organe et le signifiant (phallus) qu'on trouve dans la psychose et la perversion culmine chez le transsexuel et engendrerait une identité sexuée totalement chimérique. Il adhère ainsi à l'hypothèse de J.-M. Alby, selon laquelle, le transsexualisme serait à situer entre la perversion et la psychose et il reprend de même la distinction faite par ce dernier concernant les TMF et les TFM, les premiers relevant plutôt de la psychose et les seconds de la perversion.

Pour illustrer de façon plus précise cette approche, Dor compare le transsexualisme avec l'hystérie et la perversion. Pour lui, l'hystérique s'épuise dans une interrogation inconsciente concernant son identité sexuée : « suis-je une femme ou un homme ? ». Le pervers quant à lui s'interrogerait sur la définition et les critères de l'identité sexuée selon l'attribution phallique qu'il remet en question. Par contre, le sujet transsexuel masculin vers féminin ne se poserait pas de question et affirmerait simplement « une femme, c'est ce que je veux être ». Dès lors, le pervers et l'hystérique pourraient trouver un apaisement à leurs tourments fantasmatiques soit par la castration symbolique à un niveau inconscient, soit dans l'Imaginaire ou encore dans le symptôme alors que le transsexuel serait captif du Réel de son anatomie sexuelle ce qui le soustrairait à l'Inconscient et l'empêcherait de concevoir une autre issue que la castration chirurgicale « réelle » comme solution à sa problématique. Pour Dor<sup>278</sup>, ce serait cette interaction entre le nonaccès au signifiant phallique et la captivité dans la dimension de « l'être » qui rapprocheraient le sujet transsexuel de la psychose par rapport à la perversion.

Toujours dans la mise en relation entre la perversion et le transsexualisme mais cette fois-ci en dehors de la théorie lacanienne, L. Israël et P. Geissmann<sup>279</sup> retournent au concept d'inversion psycho-sexuelle et replacent alors le transsexualisme dans une continuité avec l'homosexualité du fait du choix d'objet. Ils notent le conflit grave qui déstabilise l'individu transsexuel en le confrontant de façon obsessionnelle à son attirance homoérotique (en référence à Ferenczi<sup>280</sup>, voir ci-dessus) et à la culpabilité qui en résulte. Ils remarquent chez les transsexuels un traumatisme résultant d'un Moi narcissique tiraillé par un Surmoi paradoxalement féroce. Ceci conduit alors le sujet vers la solution de transformation pour

---

<sup>278</sup> Dor J. (1986), *op. cit.*

<sup>279</sup> Israël L. et Geissmann P. (1960), Le désir de changer chez les invertis psycho-sexuels, *Cahiers de psychiatrie*, 14, 104-114.

<sup>280</sup> Ferenczi S. (1911), *op. cit.*

## **Le transsexualisme**

admettre son homosexualité et réguler son conflit intrapsychique. Alors que cette présentation fait penser à la structure névrotique surtout dans la dimension compulsivo-obsessionnelle dont parlait Ferenczi pour l'homoérotisme, L. Israël et P. Geissmann conçoivent le transsexualisme comme une homosexualité teintée de conversion hystérique, d'annulation obsessionnelle et de déni psychotique de la réalité. Ils soulignent toutefois que d'après leur expérience clinique, la démarche de changement de sexe diminue de façon importante l'angoisse des patients transsexuels et ce, dès le début du traitement.

### **b. Le diagnostic de psychose soutenu par l'Association Freudienne Internationale**

Concernant le transsexualisme, les psychanalystes du courant lacanien dans une forte majorité posent sans trop d'hésitation le diagnostic de psychose prenant comme référence pour l'étude de celui-ci, celle du cas du Président Schreber publiée par S. Freud<sup>281</sup> et révisée par Lacan.

Ainsi, en 1974, à la suite de Lacan, Safouan<sup>282</sup> déclare que le sujet transsexuel tend à la castration réelle car il n'a pas subi la castration symbolique. Suivant la logique de la forclusion, la dyade mère/enfant n'aurait pas été rompue par l'intervention du tiers paternel. Dès lors, l'enfant resterait le seul objet de désir de la mère et serait considéré en tant que phallus de celle-ci. Ce serait alors pour pouvoir accéder au désir et à la jouissance empêchés par cette position que le patient transsexuel demanderait la castration en confondant le pénis et le phallus dans une position psychotique.

De manière plus catégorique, Czermak postule que dans le champ de la paranoïa et de façon plus générale dans celui de toutes les psychoses, il se produit une féminisation délirante du sujet. Ainsi, pour lui, le transsexualisme ne renvoie pas simplement à une psychose mais en serait le prototype :

*« Dans le projet que nous avons de remettre en chantier l'ensemble de la question du transsexualisme, nous partons de la doctrine que ce que l'on appelle le transsexualisme pur, typique, primaire, n'est qu'un cas local de la question générale du transsexualisme, présent dans toutes les psychoses. Question*

---

<sup>281</sup> Freud S. (1911), Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoides) in *Cinq psychanalyses*, Paris, P. U. F., 264-324, 1970.

<sup>282</sup> Safouan M. (1974), Contribution à la psychanalyse du transsexualisme in *Etudes sur l'oedipe*, Paris, Le seuil, 74-97.

*négligée, mal traitée et pourtant essentielle à toute doctrine actuelle correcte de la psychose. »*<sup>283</sup>

Dès lors, le transsexualisme et sa virtualité seraient le noyau de ce qu'il appelle l'homosexualité psychotique que l'on retrouve dans toutes les psychoses. A partir de cette position sur la question transsexuelle, Czermak affirme que la transformation hormonochirurgicale cristalliserait alors la personnalité du sujet dans la psychose et ne serait donc en aucun cas bénéfique à celui-ci.

Toutefois, pour être plus précis dans la présentation de cette hypothèse diagnostique, il est intéressant de citer la description de la problématique transsexuelle faite par Frignet<sup>284</sup>, celle-ci l'amenant à distinguer ce qu'il nomme les patients transsexuels et les patients transsexualistes. Les premiers renverraient au champ médical et les seconds au phénomène social. Selon lui, si ces deux versions du transsexualisme partagent la solution de la THC, l'origine de la problématique transsexuelle y serait différente : l'une en tant que symptôme subjectif et l'autre comme symptôme social. La problématique transsexuelle s'articulerait selon quatre pôles déterminés sur deux axes : l'axe de « identité sexuelle » en tant qu'axe du Réel renvoyant aux pôles identitaire et sexuel, et l'axe « moïque » qui concernerait l'individuel et le social. Ainsi, cette distinction concernerait la base sur laquelle s'étaye la revendication du patient au sujet de son sexe à savoir sur un primat de la relation au corps renvoyant à l'Imaginaire, ou sur un désir de reconnaissance dans l'altérité et la relation à autrui relevant dès lors du Symbolique. Selon Frignet, si habituellement, ces axes se nouent et s'articulent l'un, l'autre de manière congruente avec le sexe anatomique, chacune des deux versions du transsexualisme se rapporterait plus particulièrement à un axe. Ainsi, pour lui, la problématique des patients transsexuels serait à situer sur l'axe de l'identité sexuelle. Celle-ci serait forclosée et les patients seraient dès lors « hors-sexe ». Selon cette configuration, la problématique relèverait en premier lieu du pôle identitaire avec la demande de modification du corps focalisée sur le sexe non reconnu (phénomène que Czermak qualifie chez ces patients d'hypocondrie phallique). Le « hors-jeu » du phallus empêcherait l'intégration d'une identité sexuelle ce qui donnerait lieu à une discordance, à une perte de cohésion interne des phénomènes psychiques. Dès lors, faute de pouvoir nouer le Réel et l'Imaginaire par le

---

<sup>283</sup> Czermak M., Frignet H. et al. (1996), *Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme*, Paris, Association freudienne internationale, 423.

<sup>284</sup> Frignet H. (2000), *Le transsexualisme*, Paris, Desclée de Brouwer.

## Le transsexualisme

Symbolique - opération nécessaire à l'établissement de l'identité sexuelle - les patients transsexuels seraient contraints à chercher une solution dans l'imaginaire du corps, ceci les menant à évacuer et à éliminer (de manière psychotique) l'objet c'est-à-dire dans le cas du transsexualisme, l'organe « pénis ». De même, Frignet insiste sur la spécificité de la féminité qui en découle et qu'il considère comme différente de celle des femmes biologiques. Cette féminité serait « toute féminine » c'est-à-dire une féminité totalisante et distincte de la féminité des femmes de naissance qui résulte de la castration symbolique et de la division subjective « classique ». Pour leur part, les patients transsexualistes auraient acquis une identité sexuelle déterminée mais se situeraient dans une impasse pour ce qui est de la sexuation (au sens lacanien du terme c'est-à-dire dans le rapport à la jouissance phallique). Ainsi, chez ces patients aussi, l'identité sexuelle est engagée mais selon Frignet, cette engagement découlerait plus d'une demande de modification du corps que d'une récusation du sexe. Plus qu'une problématique sexuelle, il s'agirait d'une problématique moïque s'articulant dans la dialectique entre l'individuel et le social. Pour leur part, les sujets transsexualistes oscilleraient dans un mal-être incessant entre les positions masculine et féminine sans trouver ni place, ni équilibre. Selon Frignet, l'identité sexuelle serait établie mais il y aurait une insatisfaction relevant de la sexuation, et ces patients en viendraient alors à demander une THC car étant victime de la iatrogénie et de la médiagénèse gravitant autour du phénomène transsexuel. Pour lui, ils glisseraient alors dans un enchaînement sans fin d'identifications imaginaires fragiles et labiles les maintenant dans un mode précaire.

Pour argumenter cette hypothèse d'une structure psychotique, G. Morel<sup>285</sup> revient sur l'étude du cas de Schreber et sur l'émergence du concept de Pousse-à-la-femme<sup>286</sup> que Lacan tire de ce célèbre cas. Partant de la remarque de S. Freud<sup>287</sup> selon laquelle l'homosexualité de Schreber serait la cause de son délire, Lacan expose comment la forclusion du Nom du Père entraîne Schreber vers une jouissance fondée sur une signification féminine dominante. Ainsi, le délire de transformation en femme de Schreber n'aurait pas pour objectif de forclore le phallus (puisque ce processus est déjà instauré) mais de retrouver une jouissance imposée comme féminine compte tenu de cette forclusion. Faute de pouvoir être le phallus qui manque à la mère, Schreber est donc comme renvoyé à l'option alternative

---

<sup>285</sup> Morel G. (2000), *Ambiguïtés sexuelles. Sexuation et psychose*, Paris, Anthropos.

<sup>286</sup> Lacan J. (1973a), *op. cit.*

<sup>287</sup> Freud S. (1911), *op. cit.*

restante, de devenir La femme qui manque aux hommes, puis La femme qui manque à Dieu lui-même, dans le but de jouir de façon féminisée dans son délire évitant par cela la problématique d'avoir le phallus (forclos). Lacan fera de ce cas de féminisation forcée le cas paradigmatique de toute psychose et nommera Pousse-à-la-femme ce processus de féminisation. Ainsi, le patient psychotique chercherait donc à « être le phallus de l'Autre ». Du point de vue de la réalité fantasmatique, pour accéder à la jouissance, il serait alors dans l'obligation de répondre à ce qu'il comprend du désir de l'Autre et de le faire jouir. Ainsi, le concept de Pousse-à-la-femme permet donc de rendre compte de la tendance féminisante de la sexualité « hors-phallus » dans la psychose, marquant de même que la sexualité n'est pas seulement un problème d'identification mais s'inscrit aussi dans le rapport à la jouissance. Se basant sur ce processus ajouté à la forclusion du Nom du Père, G. Morel<sup>288</sup> et Czermak<sup>289</sup> expliquent que le transsexualisme relèverait de la psychose. Par ailleurs, ils argumentent ce point de vue en comparant le cas du président Schreber à une observation d'un patient de Krafft-Ebing<sup>290</sup> fréquemment considéré comme un des premiers cas de transsexualisme. Dans cette observation, le patient raconte qu'il est un homme se sentant - intérieurement mais aussi sensuellement - femme qu'ils sent que ses organes internes se transforment, et que même, lors de ses rapports sexuels avec sa femme où il utilise son organe mâle, il jouit comme une femme<sup>291</sup>. Il demande alors l'aide du médecin pour une transformation par les moyens de l'époque mais aussi pour l'étudier et faire avancer la science et le savoir. A partir de cette comparaison, chacun de leur côté, G. Morel<sup>292</sup> et Czermak<sup>293</sup> concluent alors qu'il s'agit dans le cas de ce patient - comme dans le cas de Schreber et dans tous ceux de transsexualisme - du processus de Pousse-à-la-femme typique de la psychose.

De ce point de vue, il découle une remise en question plutôt radicale des travaux sur le transsexualisme et l'identité de genre de Stoller. En effet, en accord avec les remarques de Dor citées ci-dessous, ceux-ci sont alors en proie à de vives critiques selon lesquelles Stoller est accusé de commettre des erreurs d'interprétation et de se laisser influencer par le discours des patients et par les conceptions de son époque. Ainsi, la proféminité est refusée car considérée comme une analogie abusive au développement du fœtus. De même, celle-ci ainsi

---

<sup>288</sup> Morel G. (2000), *op. cit.*

<sup>289</sup> Czermak M., Frignet H. et al. (1996), *op. cit.*

<sup>290</sup> Krafft-Ebing R. Von (1886), *op. cit.*

<sup>291</sup> Czermak M., Frignet H. et al. (1996), *op. cit.*

<sup>292</sup> Morel G. (2000), *op. cit.*

<sup>293</sup> Czermak M., Frignet H. et al. (1996), *op. cit.*

## Le transsexualisme

que l'a-conflictualité et l'hypothèse d'une infiltration du noyau d'identité de genre de l'enfant sont considérées comme dérivant d'une adhésion dépourvue du recul nécessaire au discours manifeste des patients. La distinction sexe/genre est elle-même remise en question par la mise en avant de la logique de la sexuation et le concept de genre tel qu'il est présenté par Stoller, est ici considéré comme partial, réducteur et erroné. Sa définition ne renverrait qu'à un système d'identifications imaginaires et signifiantes accompagné d'un refus du « tout anatomique », alors que pour sa part, la logique de la sexuation - bien qu'elle refuse elle aussi de se limiter à l'anatomique et de confondre celui-ci avec le psychique - n'obligerait pas à une dualité, voire à une opposition entre corps et esprit. La réalité de la sexuation serait donc plus complexe qu'un rapport entre sexe anatomique et genre psychosocial où l'un prendrait le pas sur l'autre et la distinction sexe/genre échouerait à rendre compte de cette complexité.

Selon G. Morel<sup>294</sup>, tous ces éléments critiquables de la théorie de l'identité de genre découleraient de l'influence du discours des patients transsexuels sur les travaux de Stoller. Premièrement, Stoller ne remarquerait pas que le discours des patients concernant une erreur de la nature quant à la détermination du sexe renverrait à une conviction délirante. Dès lors, il passerait à côté du diagnostic de psychose et élaborait sa théorie à partir de fausses interprétations. Ainsi, le féminin ne viendrait pas avant le masculin car le complexe de castration et la problématique phallique seraient introduits dès le départ par l'Inconscient maternel dans la relation mère/bébé et ce, bien avant que le bébé le ne le comprenne. De même, la féminité de la personne transsexuelle ne serait pas due à un processus d'identification massive et précoce à la mère mais au processus ultérieur de féminisation forcée du Pousse-à-la-femme ; processus lui-même précédé de la forclusion du Nom-du-Père dont l'absence du père rendrait compte. A partir de la forclusion et du Pousse-à-la-femme, le rapport des sujets transsexuels à la jouissance ne serait pas en lien avec le signifiant phallique (forclos) et ceux-ci seraient alors entraînés dans une interprétation délirante de la jouissance qui les pousserait à l'interpréter comme féminine. Plus précisément, la problématique transsexuelle trouverait son origine lors du passage du premier au second temps de la théorie lacanienne de la sexuation, moment durant lequel le discours doit interpréter l'organe de façon phallique ou châtré en plaçant le phallus au centre de la jouissance, c'est-à-dire le moment de l'intégration de l'erreur commune par le sujet. Or, le patient transsexuel refuserait

---

<sup>294</sup> Morel G. (2000), *op. cit.*

l'erreur commune et le discours sexuel. L'idée délirante du thème transsexuel consisterait donc à désavouer la fonction phallique et à dénoncer le monisme sexuel comme non conforme à la vérité de l'être d'exception à la Loi que serait La femme (que le sujet transsexuel entend lui-même incarner). La « folie » transsexuelle serait donc de vouloir forcer le Réel du temps 1 par la chirurgie alors que le problème aurait une part de symbolique en plus du Réel. Ainsi, récitant Lacan, il y aurait une confusion entre l'organe réel et le symbole phallus rejeté en tant que signifiant de la jouissance. De même, suivant cette argumentation, G. Morel considère alors comme identiques les cas de transsexualisme primaire de Stoller qui ont la conviction d'être des femmes et demandent une THC, et les délires de transformation du président Schreber et du patient de Krafft-Ebing<sup>295</sup> qui pourtant n'exigent pas d'opération puisqu'ils revendiquent une féminisation et une transformation corporelle « naturelles, divines, mystiques » et subies.

A partir de ces remarques, Czermak<sup>296</sup> et G. Morel posent sans équivoque un diagnostic de psychose car les transsexuels seraient selon eux, dépourvus du signifiant universel de la jouissance qu'est le phallus, ne pourraient dès lors se construire une jouissance de l'organe et demanderaient alors l'ablation de la zone érogène (par la castration dans le Réel), celle-ci étant devenue source d'angoisse. Selon eux, ceci serait confirmé par le fait que la chirurgie n'aurait pas comme objectif la « jouissance » mais « l'être » ce qui reste un sujet à débattre tant d'un point de vue théorique que pratique. En effet, cette remarque de Czermak et G. Morel manque de clarté sémantique. Ces auteurs passent d'un point purement théorique qu'est le rapport du signifiant phallique dans la jouissance au niveau inconscient, à un aspect plus concret et matériel qu'est l'objectif de l'opération chirurgicale. Il serait nécessaire de préciser sur lequel de ces plans se situe cette remarque car les termes « d'être » et de « jouissance » n'y trouveront pas le même sens. Toutefois, si l'on se place selon un point de vue uniquement descriptif et manifeste, on peut noter que « l'être » relève intrinsèquement du thème et du vœu transsexuels et il faut souligner que la chirurgie tente de préserver un plaisir sexuel demandé par les patients. Dès lors, ni l'acte chirurgical, ni le discours des patients n'excluent la jouissance sexuelle au sens commun de l'orgasme mais que celle-ci reste

---

<sup>295</sup> Krafft-Ebing R. Von (1886), *op. cit.*

<sup>296</sup> Czermak M. (1986), Précisions sur la clinique du transsexualisme in *Les Passions de l'objet*, Paris, Climis, 109-128.



## Le transsexualisme

dépendante des progrès techniques de la médecine. Quoiqu'il en soit, G. Morel<sup>297</sup> et Czermak<sup>298</sup> blâment le corps médical l'accusant de se faire le complice de la quête transsexuelle sans se soucier de son aspect psychotique délirant proche de l'automutilation. De même, ils dénigrent la démarche transsexuelle en parlant d'un déguisement de normalité qui met en avant la propriété du corps et l'idée d'une erreur de la nature que la société moderne et la médecine se devraient de réparer. Ainsi, ils pronostiquent à l'issue de la THC, une décompensation psychotique postopératoire pouvant prendre la forme d'un retour de l'angoisse dans tout le corps de manière hypocondriaque, d'un éclatement du Moi comme dans la schizophrénie, d'un délire paranoïaque ou encore d'un fonctionnement mélancolique avec actes suicidaires.

C'est sur ce dernier point que découle une scission au sein du courant lacanien. Ainsi, C. Millot<sup>299</sup> se distingue par une position plus mitigée surtout concernant le pronostic après la THC. En effet, cet auteur ne rejette pas totalement les travaux de Stoller sur le transsexualisme et l'identité de genre. Sa démarche est plutôt celle d'une relecture de l'œuvre de Stoller avec l'idée sous-jacente que les deux concepts de « genre » et de « sexuation » peuvent se compléter. Concernant le transsexualisme, C. Millot<sup>300</sup> trouve deux points communs entre les patients transsexuels des deux sexes : l'idée d'une enveloppe corporelle retouchable tel un vêtement, et la présence d'un fantasme d'angélisme concernant un être abstrait, pur esprit au-delà du sexe. Ainsi, pour C. Millot, le sujet transsexuel est hors-corps et hors-sexe. Concernant les sujets transsexuels masculins, ceux-ci désireraient être et incarner La femme toute-entière et indépendante de la fonction phallique, là où Lacan postulait que la femme est « pas-toute ». Par cela, ils entendraient à la fois échapper au manque en étant le phallus hors-sexe et hors toutes différences et altérité, mais aussi satisfaire le désir de la mère par une castration équivalente à l'inceste. C. Millot accepte donc le postulat selon lequel La femme viendrait en lieu et place du Nom du Père mais y ajoute que le sujet transsexuel y retrouve alors un Autre tout-puissant sur lequel se formerait un signifiant pouvant en partie suppléer le manque du Nom du Père forclus. Tout comme Stoller présentait la position du petit garçon transsexuel dans sa relation avec sa mère si le père absent ne vient pas s'interposer, l'enfant resterait en partie captif de cette relation car le Nom du père ne viendrait

---

<sup>297</sup> Morel G. (2000), *op. cit.*

<sup>298</sup> Cermak M. (1986), *op. cit.*

<sup>299</sup> Millot C. (1983), *op. cit.*

<sup>300</sup> Millot C. (1983), *op. cit.*

pas jouer son rôle de tiers au sein de celle-ci. Toutefois, pour C. Millot, dans les cas de transsexualisme, cette médiation pourrait s'opérer par le signifiant « La femme ». Celui-ci serait potentiellement assez solide pour fonctionner de manière similaire au Nom du Père et pourrait donc établir une limite à la jouissance dans son rapport à l'Autre. Pour schématiser cette hypothèse, C. Millot reprend le schéma RSI<sup>301</sup> que Lacan utilisait pour montrer comment dans l'œdipe, l'anneau Nom du Père noue les trois registres du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire, et affirme que chez les patients transsexuels, la carence du Nom du Père forclos pourrait être suppléée par La femme qui en se positionnant tel un quatrième élément alternatif parviendrait à maintenir l'Imaginaire et le Symbolique. Dès lors, selon C. Millot, la THC permettrait de consolider cette suppléance et d'éviter la décompensation psychotique en renouant l'anneau du Réel resté libre. Pour elle, le changement de sexe pourrait donc prendre la valeur d'un sinthome - d'un symptôme egosyntoné - et serait capable de stabiliser le conflit intrapsychique du sujet transsexuel, ce qui s'oppose explicitement au pronostic de décompensation de Czermak et G. Morel. La position de C. Millot est donc différente de celle de ces derniers. En effet, elle aussi aboutit à assigner une structure psychotique au transsexualisme mais la manière dont elle décrit le parcours transsexuel et l'évolution de la structure de la personnalité de ces patients sont beaucoup moins sombres et fatalistes que celles de Czermak et G. Morel.

De manière encore différente, il faut aussi citer les travaux du courant lacanien sur « la psychose ordinaire » que J.-P. Jacques<sup>302</sup> applique au transsexualisme. En effet, de façon assez particulière, cet auteur remet en question le diagnostic de psychose. Selon lui, l'hypothèse d'une structure psychotique est curieuse du fait que ces patients ne présentent ni hallucination, ni délire systématisé englobant l'ensemble de l'expérience du sujet. J.-P. Jacques questionne même l'intérêt d'un tel diagnostic et demande explicitement si le but de celui-ci n'est pas de déconsidérer la parole du patient et de reconforter le praticien effrayé par l'ablation de son propre organe. En cela, concernant le transsexualisme, il refuse le diagnostic de psychose dans sa conception psychiatrique et sa référence à la « folie », et tient donc à marquer la différence entre cette dernière et la structure de personnalité psychotique qui se caractérise par un raté de l'inscription de la fonction paternelle. Selon lui, dans la majorité des cas de psychose, la décompensation est rare ou peut alors prendre une forme

---

<sup>301</sup> Voir le nœud borroméen : Schéma RSI (Réel/ Symbolique/imaginaire) en Annexe, Tableaux et schémas.

<sup>302</sup> Jacques J.-P. (2008), Le discours transsexuel sur le corps, *Cahiers de psychologie clinique*, 30, 1, 147-158.

## Le transsexualisme

silencieuse et imperceptible pour autrui, et cette psychose non déclenchée ou « ordinaire » serait dès lors l'avancée conceptuelle majeure permettant de rendre compte du phénomène transsexuel. Selon celle-ci, le sujet est alors structuré sur un mode psychotique sans pour autant présenter de manifestations délirantes, hallucinatoires ou mélancoliques. Le fonctionnement psychotique n'existerait alors que par le rapport persécuté du sujet à autrui (comme objet de l'autre généralement malveillant), par le désinvestissement de son propre corps dans un laisser-aller de celui-ci, ou encore dans un repli et une sorte de déconnexion concernant les contacts et rapports sociaux, les conventions et les idées semblant communes. Ainsi, le point de vue de J.-P. Jacques se distingue nettement de l'hypothèse « classique » d'une psychose concernant le transsexualisme. Pour lui, de par la psychose ordinaire, les patients transsexuels n'ont pas une structure plus déficitaire ou moins opérante que les sujets névrosés car cette structure leur confère juste une manière différente d'être, ni pire, ni meilleure et surtout « pas moins déraisonnable ».

Enfin Foyentin<sup>303</sup> malgré son adhésion au courant lacanien, refuse catégoriquement le diagnostic de psychose. Pour elle, le corps de ces sujets est conçu comme une image et est situé comme objet dans le monde. Elle développe une approche du transsexualisme selon un parcours en trois temps avec un paradis d'indifférenciation lors la première enfance, un temps de malaise et d'incertitude suite à la perte de ce paradis et le temps de la position transsexuelle, une fois la possibilité de changer de sexe prise en compte par le sujet. Elle postule une notion d'intériorité provenant du contenu de la conscience et une « métabolisation » du social dans l'espace psychique, destin moins tragique que ceux de Czermak et G. Morel.

### 6. 3. 3. 2. *Le refus de la psychose et l'hypothèse d'organisation borderline*

L'hypothèse opposée au diagnostic d'une structure psychotique chez les patients transsexuels est en majorité celle d'une organisation borderline mais les tenants de cette hypothèse ne peuvent être considérés comme appartenant à un même groupe uni et homogène. Il sera donc présenté ici les auteurs pouvant être considérés comme ayant apporté une contribution majeure à cette hypothèse diagnostique.

---

<sup>303</sup> Foyentin I. (1989), Ah ! Je ris de me voir si belle en ce miroir !...A propos du transsexualisme, hypothèse de recherche, *Psychologie clinique*, 2, 119-138.

### **a. Un problème trans-nosographique pour A. Oppenheimer**

Pour A. Oppenheimer<sup>304</sup>, le transsexualisme renvoie à un trouble narcissique qui défie toute nosographie. Pour mettre au jour cette difficulté, elle parle d'une « trans-nosographie »<sup>305</sup>. Comme Chiland, elle constate que le transsexualisme n'apparaît pas comme une entité linéairement déterminée depuis l'enfance mais plutôt comme un processus évolutif telle une solution « après-coup » à des conflits et déficits. Selon A. Oppenheimer, le sujet transsexuel révèle et même confirme le rôle majeur du sexe dans l'identité et dans le rapport entre la psyché et le corps. Elle n'accepte pas la dichotomie entre sexe et genre de Stoller. Selon elle, celle-ci dénie le lien essentiel entre la pulsion sexuelle et l'étayage sur des représentations du corps ce qui aboutit finalement à dénier l'Inconscient lui-même. D'où l'incompatibilité selon elle, entre l'approche de Stoller et une pensée analytique fondée sur la dynamique pulsionnelle et inconsciente. Pour elle, le transsexuel rejette son « genre » dans la mesure où il refuse toute sexualité ainsi que la finitude sexuée. Le petit garçon transsexuel souffrirait de ne pas être reconnu comme un homme. La mère aurait fait croire à son fils qu'il était un partenaire parfait et qu'il n'avait rien à envier au père (élément apparenté à une relation perverse) et il se percevrait comme un garçon raté à cause d'un conflit avec son père qui le rejette ne le trouvant pas assez puissant sexuellement. Ainsi, son Idéal du Moi resterait attaché à un modèle prégénital et le garçon retournerait la haine qu'il éprouve envers son père contre lui-même et surtout sur la partie en sa possession représentant celui-ci à savoir son propre pénis. Suite au traumatisme de cette relation aux deux parents, les transsexuels masculins vers féminin voudraient devenir des femmes pour se débarrasser de leur masculinité. Le corps féminin fantasmé apparaît dès lors comme la projection d'un double idéalisé. La femme y serait perçue comme un homme châtré sans génitalité et sans possibilité maternelle, et l'ablation du pénis serait une manière à la fois de détruire la masculinité du père et de dénier l'homosexualité. La THC serait alors à concevoir comme l'aboutissement de cette haine envers les deux parents destitués de leur fonction de géniteurs.

Sous l'angle de la psychopathologie, selon A. Oppenheimer, il convient de reconnaître plusieurs transsexualismes. Elle perçoit toute la complexité du problème à partir de son observation d'éléments psychotiques, pervers, mélancoliques et dysmorphophobiques chez

---

<sup>304</sup> Oppenheimer A. (1996), *op. cit.*

<sup>305</sup> Oppenheimer A. (1996), *op. cit.*

## **Le transsexualisme**

ces sujets<sup>306</sup>. Concernant ce dernier élément dysmorphophobique, on peut faire remarquer que J.-M. Alby<sup>307</sup> préfère employer le terme de dysmorphesthésie qui permet de pointer que ce trouble de l'image de soi renvoie plutôt à une croyance quasi-délirante relative à l'apparence corporelle et à la dimension affective qui lui est rattachée par le sujet, qu'à une préoccupation ou à une crainte obsédante autour d'un aspect disgracieux partiel ou total du corps. Cependant, aucun de ces deux termes ne permet de rendre compte de la thématique sexuée et de la spécificité qui en découle. Pour A. Oppenheimer, la problématique transsexuelle prendrait place dans un premier temps par une déliaison du sexe et du genre, celle-ci laissant place par la suite à une reliaison entre sexe et genre opposé<sup>308</sup>. Elle remarque une certaine proximité entre transsexualisme et psychose dans ce fonctionnement de déliaison/reliaison mais précise qu'elle ne suffit pas pour assigner une structure psychotique au phénomène transsexuel. La quête transsexuelle se structurerait selon le premier temps de la psychose qu'est le retrait de la réalité (en l'occurrence celle « du sexe » biologique) mais elle dériverait ensuite vers une néo-réalité du corps féminin et du rôle de « genre » basée sur un acte de création d'une « néo-identité » qui par la THC prendrait la place du délire restituitif dont l'économie pourrait dès lors être faite<sup>309</sup>. La demande de THC et le symptôme transsexuel se révéleraient équivalents à une mise en acte tel un « *acting out* permanent » court-circuitant le fonctionnement psychique et retentissant sur toute la vie psychique du sujet comme une conversion transformatrice. La demande de THC considérée comme unique solution reviendrait donc défensivement en permanence telle une pensée opératoire et envahirait tout le discours du patient durant les séances de prise en charge psychologique dès lors dévalorisées.

### **b. Transsexualisme et investissement narcissique**

Concernant la dimension narcissique, selon Chasseguet-Smirgel<sup>310</sup>, le développement de l'identité des patients transsexuels semblerait commandé par le narcissisme à travers une congruence du Moi et de l'Idéal du Moi. Dans cette optique, elle conçoit alors le

---

<sup>306</sup> Oppenheimer A. (1983), Le choc de la puberté : à propos de la demande de changement de sexe, *Adolescence*, 1, 309-318.

Et Oppenheimer A. (1988), Ce serait beau d'être une femme in *Pouvoirs du négatif*, Paris, l'or de L'Atlante, Champ Vallon, 142-159.

<sup>307</sup> Alby J.-M. (1956), *op. cit.*

<sup>308</sup> Oppenheimer A. (1997), La psychanalyse à l'épreuve du transsexualisme, *Perspectives psy*, 36, 4, 279-284.

<sup>309</sup> Oppenheimer A. (1992), *op. cit.*

<sup>310</sup> Chasseguet-Smirgel (1975), A propos du délire transsexuel du Président Schreber, *Revue française de psychanalyse*, 5-6, 1013-1025.

transsexualisme comme relevant à la fois d'un investissement narcissique positif du sexe opposé et d'un désinvestissement ou contre-investissement narcissique du sexe du corps.

### **c. Un trouble du Self sexué**

Du point de vue de la *Self-psychology*, Lothstein<sup>311</sup> remarque l'importance des problèmes de séparation chez les sujets transsexuels et parle de troubles identificatoires ou plus précisément, de trouble du *Self system* - système du Soi - en référence à la pathologie narcissique et à l'organisation borderline. Selon lui, le transsexuel serait enraciné dans la période précœdipienne et dans la dynamique familiale intergénérationnelle avec un clivage des composantes bisexuelles renvoyant à un *Self* sexué absolument mauvais et à un *Self* sexué antagoniste, absolument bon. Les parents n'offriraient pas de miroir au *Self* sexué de l'enfant. Le père notamment ne se laisserait pas idéaliser ce qui empêcherait l'acquisition d'une structure interne nécessaire pour répondre aux besoins de miroir, d'idéalisation et d'alter-ego. Le *Self* sexué déficitaire engendrerait ainsi un trouble du narcissisme et le désir de changement de sexe serait alors conçu comme une restauration du *Self*. Pour Lothstein<sup>312</sup>, le caractère archaïque des mécanismes de défense que sont le déni, le clivage, la projection et l'identification projective, montre la présence d'une organisation borderline de la personnalité et dévoile la faiblesse du Moi intégré malgré tout. Allant dans la même direction, B. Secchi<sup>313</sup> souligne l'exigence sans compromis de l'Idéal du Moi qui forcerait le désir au point d'exiger une coupure entre la psyché et une partie du corps, exerçant ainsi un rôle de tyran vis-à-vis du Moi auquel les sujets transsexuels ne pourraient se soustraire.

### **d. Une organisation borderline**

Pour leur part, Person et Ovesey<sup>314</sup> assimilent le transsexualisme à la construction d'une identité sexuée ambiguë ayant pour objectif d'entretenir un fantasme de fusion avec la mère pour se défendre contre l'angoisse de séparation d'avec celle-ci. Ils réfutent donc le point de la théorie de Stoller, selon lequel, l'identité féminine des TMF serait due à une fusion bienheureuse et prolongée avec leur mère. Du point de vue nosographique, ils adhèrent à

---

<sup>311</sup> Lothstein L. M.(1977), Psychopathology with patients with gender dysphoria syndromes, *Bull Meninger, Clinic*, 41, 563-582.

<sup>312</sup> Lothstein L. (1983), *op. cit.*

<sup>313</sup> Secchi B. (1998), Le transsexualisme : aspects psychanalytique, *Pratiques psychologiques*, 4, 79-90.

<sup>314</sup> Person E. & Ovesey L. (1974a), *op. cit.*  
et Person E. & Ovesey L. (1974b), *op. cit.*

## **Le transsexualisme**

l'hypothèse d'une organisation borderline chez les patients transsexuels et argumentent celle-ci en ajoutant qu'ils ont pu constater dans leur clinique du phénomène, que les sujets transsexuels montrent une tendance à l'isolement, une certaine incapacité à s'affirmer, une tendance à la dépression avec un sentiment de vide, et de manière générale, une vie fantasmatique pauvre.

### **e. La psychose transsexualiste d'A. Green**

Selon un point de vue en partie différent puisqu'on y retrouve la mise en avant du narcissisme mais qu'il y est fait mention de psychose, A. Green<sup>315</sup> parle d'une psychose transsexualiste par une aliénation sexuelle des plus extrêmes. Cependant, sa conception de cette psychose se démarque de celle du courant lacanien présentée ci-dessus. En effet, A. Green postule l'existence d'une expérience psychotique normale et prône que la « normalité » et le transsexualisme s'appuient tous deux sur le biologique pour affirmer une identité exclusive. Il choisit comme point de départ à son argumentation que dans l'identité sexuée « normale », la participation du sujet à l'autre sexe due à sa bisexualité psychique est refoulée. A l'inverse, le sujet transsexuel chercherait à éradiquer complètement le faux-sexe réel pour faire exister le vrai-sexe imaginaire caché. Selon son approche des organisateurs de la différenciation sexuée, A. Green<sup>316</sup> associe le transsexualisme au fantasme du genre neutre : pseudo-organisateur issu du conflit de la scène primitive, dont l'écrasement pulsionnel dominé par le narcissisme primaire va perturber complexe d'œdipe et les aspects intégrationnels de la différence des sexes de ce dernier. Il en déduit une issue psychotique de par le désinvestissement de la jouissance sexuelle sacrifiée à l'investissement fantasmatique d'une valeur sexuelle particulière. Ce serait donc par un processus économique que la « folie » deviendrait plausible.

### **f. Tri-biangulation, psychose blanche et transsexualisme**

Parmi les travaux de A. Green, il convient aussi ici de présenter la notion de psychose blanche et le mécanisme de tri-biangulation qui lui est rattaché. A. Green avec J. L. Donnet<sup>317</sup> contestent l'idée que le psychotique n'accéderait pas au complexe d'œdipe. Ils rendent alors compte de cette mise en rapport entre œdipe et psychose au sein de la psychose blanche. La

---

<sup>315</sup> Green A. (1975), *op. cit.*

<sup>316</sup> Green A. (1973), *op. cit.*

<sup>317</sup> Green A. et Donnet J. L. (1973), *L'enfant de ça, psychanalyse d'un entretien, la psychose blanche*, Paris, Minuit.

psychose blanche se révélerait le paradigme d'une déstructuration régressive détruisant le complexe d'œdipe et une partie importante de l'activité psychique du sujet. Dans la psychose blanche, l'œdipe n'aurait pas sa valeur structurante puisqu'en lieu et place de la triangulation œdipienne se trouverait la tri-biangulation. Selon celle-ci, le sujet distinguerait ses parents de façon clivée selon leur caractère d'objet ou absolument bon, ou absolument mauvais. La tri-biangulation comme son nom l'indique rend donc compte d'une fausse triangulation biaisée par le clivage bon/mauvais objet. C'est une tripartition sujet/objet-bon/objet-mauvais masquant une relation duelle au sein de laquelle l'un n'est que le sosie inversé de l'autre. Ainsi, le sujet en tentant de s'unir au « bon » croirait fuir le « mauvais » mais se retrouverait trahi par le « reflet du mauvais dans le bon ». Par ce mécanisme, l'œdipe et par conséquent la différence des sexes n'acquièrent pas leur rôle structurant à partir duquel le sujet peut s'identifier aux objets parentaux. Mais A. Green ne fait pas le rapprochement ni entre la psychose blanche et la psychose transsexualiste, ni entre la tri-biangulation et le transsexualisme. Cette hypothèse est posée par P. Mercader<sup>318</sup>. Selon celle-ci, chez les patients transsexuels, la tri-biangulation agirait directement au niveau la différence des sexes et le clivage de l'objet bon/mauvais se superposerait dès lors à la distinction entre masculin et féminin. Dans une autre optique, A. Oppenheimer<sup>319</sup> émet l'hypothèse que la présence d'une tri-biangulation chez les sujets transsexuels aurait pour fonction et effet d'une part de dénier l'homosexualité en clivant les objets parentaux, et d'autre part d'étayer le clivage du Moi renvoyant à la discordance entre savoir et croyance, entre sexe anatomique et genre psychologique. Du point de vue étiologique, P. Mercader dégage deux temps du traumatisme du transsexuel : la découverte de la différence des sexes que l'enfant transsexuel n'arrive pas à intégrer à cause d'une relation problématique à l'œdipe (ce dernier serait mal voire même non-élaboré), et l'adolescence équivalente à un effondrement de par la puberté sonne alors le glas d'une possibilité d'harmonie entre le psychique et le somatique. Selon elle, c'est alors suite à ce traumatisme en deux temps que la possibilité de changer de sexe par la THC apparaîtrait telle une révélation salvatrice. P. Mercader propose d'analyser l'identité sexuelle des sujets transsexuels en tenant compte de ce qu'elle nomme ses processus primaires (individuation) et ses processus secondaires (sexuation et dynamique des identifications). Selon elle, le traumatisme ne concerne pas que la constitution primaire de l'identité mais relève aussi de processus complexes rétroactifs qui mettent en cause aussi bien les

---

<sup>318</sup> Mercader P. (1994), *op. cit.*

<sup>319</sup> Oppenheimer A. (1992), *op. cit.*



## **Le transsexualisme**

identifications des sujets que leur libido et la façon dont s'articulent les conflits psychiques et les pulsions. La problématique transsexuelle apparaît ainsi comme une dynamique qui mettrait en cause les identifications et désirs envers les deux parents et s'exprimerait sur deux plans : les instances idéales pour ce qui concerne « d'être de l'autre sexe » et une répression de la sexualité qui est fantasmée comme violente, dangereuse et imprégnée d'angoisses archaïques évoquant plutôt le Surmoi et sa puissance restrictive à mettre en rapport avec le désir d'être châtré. Il est à noter qu'à partir de ces deux points, P. Mercader opère d'un lien plus ou moins explicite entre le transsexualisme et l'homosexualité.

### **g. Un défi pour la nosologie traditionnelle**

Pour Chiland<sup>320</sup>, le transsexualisme relèverait d'un trouble du narcissisme. Néanmoins, pour être précis concernant l'hypothèse de cette dernière, il est ici nécessaire d'exposer plus en détail sa conceptualisation du narcissisme (même si Chiland ne fait pas explicitement cette précision). En effet, pour Chiland<sup>321</sup>, le narcissisme reste un concept à définir précisément du fait que trois points de la théorie freudienne s'y rapportant se contredisent les uns, les autres et le rendent ambigu, à savoir l'autoérotisme, le narcissisme primaire et l'amour primaire pour l'objet. Or, pour éclaircir ce point Chiland propose de concevoir le narcissisme comme un pôle d'investissement et non uniquement comme une instance topique, comme un stade du développement libidinal ou encore comme une structure de la personnalité. Elle revient alors sur le dualisme des pulsions pour mettre en valeur que ce dernier sous-entend d'une part deux modalités que sont l'Eros et le Thanatos et d'autre part deux pôles d'investissement que sont le Moi et l'objet. Ainsi, pour leur part, les deux pôles d'investissement renvoient donc à l'objet vers lequel tend la pulsion - à savoir succinctement, vers le Moi dans le cas de la libido du Moi ou vers l'objet externe à proprement parler dans le cas de la libido d'objet - alors que les deux modalités rendent compte de l'investissement positif par les pulsions de vie qui lient et unissent et de l'investissement négatif par les pulsions de mort qui délient et détruisent. Dès lors, les pulsions fonctionnent dans une double polarité narcissique et objectale et selon deux modes de vie et de mort. Ainsi, pour revenir au narcissisme en tant que pôle subjectif, celui-ci recevrait un double investissement positif par la libido du Moi, et négatif par la pulsion de

---

<sup>320</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*,

Chiland C. (1989a), Homosexualité et transsexualisme, *Adolescence*, 7, 1, 133-146.

et Chiland C. (1989b), Transsexualisme et problématique narcissique à l'adolescence, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7, 184-190.

<sup>321</sup> Chiland C. (1990), Narcisse ou le meilleur des mondes in *Homo psychanalyticus*, Paris, PUF, 215-229.

mort dont résulteraient les conceptions d'un narcissisme heureux et d'un narcissisme mortifère (découlant pour ce dernier du masochisme primaire). Le narcissisme heureux permettrait à l'enfant de construire son unité psychique, son identité, son *Self*<sup>322</sup>. Le narcissisme « normal » serait alors un investissement de soi-même permettant de s'aimer suffisamment (avec une juste estime de soi et une croyance en la possibilité d'être aimé à son tour) en complémentarité avec le mouvement d'investissement objectal de croyance en la possibilité d'aimer. Il permettrait au sujet une acceptation de son identité, un potentiel d'identification à autrui, une capacité à supporter les différences (notamment celle des sexes) et un sentiment de continuité, d'unité, de cohésion de soi impliquant la distinction du dedans et du dehors ainsi que de soi et autrui. A contrario, le narcissisme mortifère et « pathologique » renverrait à la répétition pure de toutes les expériences vécues, à la recherche des stimulations sans distinction de leur caractère « bienfaiteur » ou « nociceptif ».

Toutefois, Chiland reste nuancée quant à l'assignation d'une structure de personnalité au transsexualisme de manière trop stricte. Selon elle, cette difficulté quant au diagnostic structural vient des composantes identitaire, transvestie et homosexuelle présentes à des degrés divers selon les patients transsexuels<sup>323</sup>. S'inspirant de la distinction entre un transsexualisme primaire et un secondaire de Person et Ovesey<sup>324</sup>, elle postule que chez le premier, la composante identitaire serait prévalente alors que chez le second se serait ou la composante homosexuelle ou celle transvestie qui dominerait. Par contre, en opposition avec ces mêmes auteurs, elle affirme une dynamique parente entre ces deux types de transsexualisme. La seule différence résiderait d'un conflit psychique plus profond et précoce chez le transsexuel primaire. Du point de vue nosographique, Chiland<sup>325</sup> résume cette controverse en proclamant que le transsexualisme est un véritable défi pour la nosologie traditionnelle. Elle accepte l'hypothèse d'une organisation borderline dans le sens où l'entend Kernberg<sup>326</sup> avec la présence d'une diffusion de l'identité, un maintien du rapport à l'épreuve

---

<sup>322</sup> En référence à la définition de Winnicott : « continuité d'être de l'être humain individuel » qui suppose une « libidinalisation » par les soins maternels.

Winnicott D. W. (1971a), *op. cit.*

<sup>323</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

Et Chiland C. (2000), The psychoanalyst and the transsexual patient, *International journal of psychoanalysis*, 81, 21-35.

<sup>324</sup> Person E. & Ovesey L. (1974a), *op. cit.*

et Person E. & Ovesey L. (1974b), *op. cit.*

<sup>325</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

<sup>326</sup> Kernberg O. (1975), *op. cit.*

## Le transsexualisme

de réalité et avec comme mécanismes de défense privilégiés le clivage et le déni participant tous au thème transsexuel<sup>327</sup>. Selon, elle, le transsexualisme contiendrait des éléments pervers et des éléments névrotiques. Par ailleurs, elle ne nie pas l'existence de patients psychotiques demandant une « réassignation » sexuelle mais ajoute que cela reste exceptionnel et s'oppose catégoriquement aux affirmations des psychanalystes du courant lacanien qu'elle accuse de chercher avant tout de manière partisane à confirmer la théorie analytique de Lacan. Selon elle, le sujet transsexuel ne présente pas de délire à « chaud », d'hallucinations, d'angoisses archaïques intenses, de pertes du sens de la réalité. De même, elle pense que l'idée d'une psychose « blanche » ou d'un « délire enkysté » est plus subtile et tentante mais qu'elle ne convient pas chez tous les patients. Pour elle, le transsexualisme est avant tout une pathologie grave du narcissisme dans le sens où le sujet ne peut se sentir aimé et aimer lui-même dans son sexe biologique. Le patient ne construirait son *Self*, son sentiment d'exister qu'au prix d'une identité sexuée contraire à son propre sexe biologique, et que dès lors une non-adhésion d'autrui à sa croyance mènerait le sujet à ressentir une menace sur tout son être. De par cela, Chiland<sup>328</sup> prend aussi comme référence « Genèse et Situation des états limites » d'A. Green<sup>329</sup> dont elle dit y reconnaître le fonctionnement des patients transsexuels. Ainsi, selon cette référence, pour ce qui est de l'angoisse de castration à la névrose, l'angoisse de séparation est à l'état limite. De la même façon, pour ce qui est de l'angoisse de pénétration dans la conception du féminin névrotique, l'état limite montre une angoisse d'intrusion. Chez les états limites, l'appareil psychique ne peut se contenter de refouler car refouler suppose de conserver dans l'Inconscient. Or, l'appareil psychique de l'état limite élimine et évacue par le déni, la forclusion et le clivage. L'amnésie lors de la cure ne renvoie pas ici à un refoulé mais à un vide, à une mémoire blanche consécutive à une véritable éradication des souvenirs. Le sujet limite clive (au sens kleinien qui renvoie au bon objet/mauvais objet) pour évacuer par le soma ou par l'acte. Il peut cliver divers secteurs pensée/acte, psyché/soma ou encore la bisexualité par masculin/féminin... Chiland dit qu'il ne s'agit ni d'envie du pénis chez les TFM, ni d'angoisse de castration chez les TMF mais bien d'un drame existentiel lié à l'angoisse de séparation : être de l'autre sexe pour être aimé, pouvoir aimer et s'aimer. Toutefois, elle pointe deux différences entre cette description des états limites par A. Green et

---

<sup>327</sup> Chiland C. (1988b), *op. cit.*

<sup>328</sup> Chiland C. (2005), *op. cit.*

<sup>329</sup> Green A. (1999), Genèse et situation des états limites in André J. et coll., *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse*, Paris, PUF, 23-68.

son expérience des patients transsexuels. Premièrement, les patients limites expriment une demande de psychanalyse et peuvent la poursuivre pendant plusieurs années. Au contraire, les transsexuels n'ont pas cette requête. Deuxièmement, chez les cas limites, la folie reste privée alors que pour les personnes transsexuelles, la demande de changement de sexe a une dimension publique impliquant au minimum leur entourage et les praticiens qui les traitent.

Par ailleurs, Chiland<sup>330</sup> revisite les travaux de Stoller. Bien qu'elle accorde à ceux-ci une grande valeur, elle en remet en question certains points. Ainsi, elle revient sur l'hypothèse d'une symbiose bienheureuse et a-conflictuelle et met en avant que si cette relation est vécue comme merveilleuse par la mère, ce n'est pas le cas pour l'enfant qui laisserait entrevoir la présence de deux imagos féminines : l'une idéalisée à laquelle l'enfant voudrait ressembler et l'autre plus conflictuelle, d'une femme dangereuse et redoutable. Dès lors, Chiland émet l'hypothèse d'une identification à la femme idéalisée de manière défensive contre l'image de la femme redoutable. De même, elle conteste l'idée d'un père absent. Selon elle, il s'agirait plutôt de pères ayant des difficultés quant à la virilité. Dans cette dynamique familiale, la fantasmatisation des deux parents concourrait à transmettre au garçon l'image d'une virilité agressive, dangereuse et meurtrière. Pour ce qui est de la fille, la dépression de la mère la conduirait à concevoir sa féminité comme une faiblesse et une passivité dangereuse. De manière commune aux transsexuels des deux sexes, les parents par des messages conscients et inconscients feraient ainsi croire à l'enfant qu'il ne peut être aimé qu'à condition de rejeter sa virilité ou sa féminité. Le refoulement du conflit serait alors tel qu'il donnerait lieu au thème transsexuel c'est-à-dire à la conviction d'être de l'autre sexe, puis au vœu transsexuel qui correspond à la demande de THC. Chiland ne fait donc pas de différence fondamentale entre les sujets TFM et TMF. Les deux types de transsexualismes fuient leur sexe biologique dans la mesure où ils sont persuadés que leurs parents ne peuvent les aimer si les signes de leur féminité ou de leur masculinité ne disparaissent pas. Dans les deux cas, la demande de changement de sexe - c'est-à-dire le thème puis le vœu transsexuels - exprime alors un trouble narcissique et il s'agirait alors par la réassignation sexuelle de se faire aimer de ses parents pour pouvoir s'aimer soi-même, les organes génitaux et sexuels devant être enlevés du fait qu'ils traduisent les premiers signes de virilité ou de féminité.

---

<sup>330</sup> Chiland C. (1988), *op. cit.*

## Le transsexualisme

### 6. 3. 4. Remarques et synthèse concernant les approches psychanalytiques du transsexualisme

Avant de clore, cet exposé de la problématique transsexuelle selon la nosographie psychanalytique, il est nécessaire d'y apporter quelques remarques et précisions.

Tout d'abord il faut souligner que les démarches mises en œuvre pour traiter ce sujet ne sont pas les mêmes selon les courants. L'approche structurale lacanienne n'est pas celle de Kernberg même si toutes deux parlent de névrose et de psychose<sup>331</sup>. Ainsi alors que les tenants d'une organisation borderline s'intéressent d'abord au type de relation d'objet, à l'angoisse de séparation et de perte qu'elle suscite, ainsi qu'au fonctionnement des instances. De façon différente, les tenants de l'hypothèse psychotique - qui se révèlent être l'autre grand courant concernant cette controverse en psychanalyse - s'appuient sur le fonctionnement mental, le statut de la réalité et la manière dont les sujets transsexuels répriment leurs pulsions sexuelles à un niveau fantasmatique ou les concentrent dans « l'être de l'autre sexe ».

Par contre, on peut remarquer que quelle que soit la structure assignée, les mêmes mécanismes de défense sont cités. Ainsi, aussi bien pour la psychose que pour l'organisation borderline et la perversion, les auteurs mettent en avant les mécanismes de défense archaïques de déni, de projection, d'identification projective, de clivage... La différence réside donc dans l'analyse de la manière dont ceux-ci opèrent dans le fonctionnement psychique des personnes transsexuelles.

De même, il faut préciser que l'organisation borderline n'est unanimement pas reconnue dans la théorie lacanienne, ce qui laisse entrevoir sous un autre angle l'hypothèse de la structure perverse située « entre la psychose et la névrose » n'épargnant pas le sujet d'une décompensation psychotique.

D'autre part, l'hypothèse que la THC pourrait empêcher le sujet transsexuel « psychotique » de décompenser en le maintenant dans un rapport suffisant à l'épreuve de réalité, n'est pas si éloignée de la conception d'une pathologie narcissique se stabilisant par la THC.

---

<sup>331</sup> Chabert C. (1994), Les approches structurales in Widlöcher D. et coll., *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF, 105-157.

Pour finir, il faut pointer que certains auteurs pour leur étude du transsexualisme ont recours à une analyse théorique de cas de la littérature sans qu'une expérience clinique ne soit présente dans leurs travaux. Bien que parfois très intéressant et pertinent, cet essai de psychanalyse appliquée sans fondement clinique ne peut pas être mis au même rang que les travaux basés sur une expérience clinique. Certains points de vue font même plus penser à une bataille pour affirmer une supériorité d'un modèle théorique sur l'autre qu'à un véritable travail de recherche. Ainsi, certains travaux sur la problématique de la structure assignée au transsexualisme dérivent vers une étude conceptualiste plus ou moins rigide (proche ou tendant à ressembler à la maltraitance théorique dont parle Sironi<sup>332</sup>). Au contraire, en tant que problématique complexe, l'étude du transsexualisme nécessite une analyse souple et basée en priorité sur le terrain clinique.

### 6. 3. 5. Les études sur le fonctionnement psychique des patients transsexuels

Dans le but d'approfondir l'investigation de cette question du fonctionnement psychique des patients transsexuels, nous pouvons ici citer des données issues de travaux réalisés par la recours à des tests psychologiques : projectif avec le test du rorschach, et psychométrie avec le MMPI-2.

#### 6. 3. 5. 1. *A partir du test du Rorschach*

Le Rorschach fait partie des tests utilisés lors de la phase diagnostique précédant la transformation hormonale et chirurgicale<sup>333</sup>. Sa performance quant au diagnostic de transsexualisme est controversée et l'amélioration des outils de diagnostic en général est un problème d'actualité compte tenu de l'augmentation des demandes de transformation corporelle par les personnes transgenres et transvestistes bivalents. Toutefois, le recours à ce test dans une optique d'investigation du fonctionnement psychique des patients transsexuels révèle des éléments très pertinents et peut apporter des précisions concernant la sémiologie du transsexualisme. Ainsi dans la conséquente revue de littérature de A. Michel sur le

---

<sup>332</sup> Sironi F. (2011), *op. cit.*

<sup>333</sup> Gallarda T., Coussinoux S., Cordier B., Luton J.-P., Bourdel M.-C., Olié J.P. (2001), Intérêts des tests de personnalités dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent, Société médico-psychologique : séance du 22 janvier 2001, *Annales médico-psychologiques*, 159, 466-470.

## **Le transsexualisme**

transsexualisme et le Rorschach<sup>334</sup>, l'auteur présente des recherches portant sur l'hypothèse d'une organisation borderline de la personnalité, comparant les protocoles de patients transsexuels avec les protocoles de personnes présentant des similitudes ou encore se focalisant sur un élément du fonctionnement.

### **a. Retour sur l'organisation borderline de la personnalité**

J. F. Murray<sup>335</sup> a tenté de démontrer que les patients transsexuels présentaient un trouble borderline de la personnalité (selon les critères de Kernberg<sup>336</sup>) à partir de la comparaison de protocoles de Rorschach de patients transsexuels avec ceux d'un groupe de patients borderline et ceux d'un groupe contrôle (personnes non-consultants). Les résultats montrent que les sujets transsexuels se distinguent du groupe contrôle. Comme les patients borderline, les patients transsexuels présenteraient un contact particulier à la réalité, souffriraient d'importants troubles de la pensée, afficheraient une agressivité marquée et auraient des relations d'objet perturbées. Toutefois, J. F. Murray relativise ces résultats en argumentant qu'il est difficile de constituer des groupes tests borderline et transsexuel et de distinguer parmi ceux-ci ce qui relève des difficultés psychologiques, du stress lié à la situation de transformation ou d'une organisation de la personnalité.

Partant de l'hypothèse d'un stress lié à la situation, Wilchesky<sup>337</sup> en conservant les variables de J. F. Murray, entreprend de comparer les protocoles de Rorschach de patients TMF en attente de l'opération chirurgicale des organes génitaux à ceux d'hommes (hétérosexuels) en attente d'une opération chirurgicale urologique. Or, il ne constate pas de réelle différence entre ces deux groupes soumis à des situations anxiogènes proches. Il infère donc que les transsexuels masculins vers féminins face à l'intervention chirurgicale seraient perturbés mais pas plus que d'autres sujets placés dans des conditions similaires, à savoir une intervention chirurgicale prévue concernant les organes génitaux. Selon lui, ceci serait une preuve de l'existence de difficultés situationnelles et réactionnelles liées au stress préopératoire et non à une caractéristique typique du fonctionnement psychique des patients transsexuels.

---

<sup>334</sup> Michel A. et Mormont C. (2003), Transsexualisme et Rorschach : une revue de littérature, *Annales médico-psychologiques*, 161, 125-131.

<sup>335</sup> Michel A. & Mormont C. (2003), *Ibid.*

<sup>336</sup> Kernberg O. (1975), *op. cit.*

<sup>337</sup> Michel A. & Mormont C. (2003), *op. cit.*

De manière plus générale, Caron et Archer<sup>338</sup> proposent une hypothèse intermédiaire plus large concernant l'aspect psychopathologique du transsexualisme. Selon celle-ci, les patients transsexuels présenteraient plus de perturbations psychologiques que des sujets non-consultants en psychiatrie mais moins que des sujets consultants pour des troubles du caractère. Ils comparent alors les protocoles de sujets TFM et MTF aux normes Exner de sujets adultes non-consultants, à celles d'individus présentant des troubles du caractère ainsi qu'à celles de patients schizophrènes. Leurs résultats montrent que les patients transsexuels présenteraient :

- Des troubles de la pensée,
- Des capacités de tolérance et de contrôle au stress affaiblies,
- Des éléments dépressifs,
- Un manque de contrôle émotionnel,
- Des perturbations des contacts interpersonnels

Comparativement, les sujets transsexuels montreraient une nette distinction quant aux normes des non-consultants et des schizophrènes mais auraient en commun avec celles des troubles du caractère dix des treize variables sélectionnées. Les auteurs en concluent qu'il y a davantage d'affinités avec les individus présentant des troubles du caractère qu'avec les schizophrènes et des sujets non-consultants.

### **b. La perturbation du contact à la réalité**

Concernant la perturbation du contact à la réalité, C. Mormont et al.<sup>339</sup> ont observé un attachement au stimulus auquel est attribué une valeur concrète et objective par les patients transsexuels. Ceci expliquerait que le transsexuel cherche une solution à son trouble de l'identité sexuée dans le réel en dépit du réel. Les sujets transsexuels minimaliseraient la place de l'interprétation au profit de la perception, réduisant l'activité de symbolisation et cherchant des aménagements sur le plan réel avec une primauté accordée à ce dernier.

---

<sup>338</sup> Michel A. & Mormont C. (2003), *op. cit.*

<sup>339</sup> Mormont C., Michel A., Wauthy J. (1995), Transsexualism and connection with reality: Rorschach data, *Rorschachiana*, 19, 172-187.  
Et Mormont C., Michel A., Frankignoul A. (2001), Anorexie mentale et transsexualisme, *Pratiques psychologiques*, 3, 25-36.



## **Le transsexualisme**

Ces auteurs font alors la comparaison entre des protocoles de transsexuels et ceux de patients anorexiques, avec l'idée de départ que les uns comme les autres ont en commun le refus de la réalité de leur corps : le corps anatomique sexué pour les premiers et le corps décharné pour les seconds. Les deux groupes montrent un rapport au réel analogue dans la qualité de médiation cognitive, l'adaptation cognitive aux situations simples et le contrôle de la pensée. Tous deux sont « focalisés » sur un détail de la réalité concrète de leur physique et par une image de l'ordre du désir. L'hallucination du corps désiré leur est impossible. De même, le corps imaginaire ne peut être renvoyé vers la fantaisie. L'objet du désir doit donc être obtenu par tous les moyens et ne peut être considéré par ces sujets comme un objet d'élaboration et de travail à un niveau psychique.

### **c. Les manifestations d'un trouble extrême de l'identité sexuelle**

A propos des manifestations d'un trouble extrême de l'identité sexuée, Kindynis et al.<sup>340</sup> ont remarqué que les imagos paternelles des TMF et encore plus des TFM, renvoyaient à une image d'autorité du Surmoi (image paternelle ou mère omnipotente) très anxiogène et dévalorisée mais suscitant de l'hostilité. L'image virile est très péjorative et est présentée comme castrée ou passive (surtout chez les TFM). A contrario, les imagos maternelles sont fortes, phalliques voire castratrices chez la plupart des sujets. Quant à l'évocation du corps sexué, elle suscite des difficultés confrontant l'individu au refus du sexe anatomique, à la bisexualité psychique et à la réalité de la différence des sexes.

Mormont et al.<sup>341</sup> se sont interrogés sur l'origine de l'émergence de la demande et ont constaté un mécanisme défensif de type contre-phobique et un syndrome de Blanche-Neige<sup>342</sup> chez les transsexuels.

---

<sup>340</sup> Kindynis S., Fohwirth C., Gorceix A., Breton J. (1985), L'abord des transsexuels par les tests mentaux. A propos de 30 cas in Breton J., *Le transsexualisme : étude nosographique et médico-légale*, Paris, Masson, 77-94.

<sup>341</sup> Mormont C. et Michel A. (1994), La demande transsexuelle : quels mécanismes ? (réflexion à partir de 28 Rorschach), *Acta psychiatrica Belgium*, 1, 110-116.

Et Mormont C. et Michel A. (2002), Blanche-Neige était-elle transsexuelle ?, *l'Encéphale*, 28, 59-64.

<sup>342</sup> Le syndrome de Blanche-Neige est un mécanisme observé au test du Rorschach selon la méthode intégrative d'Exner. Ce syndrome caractérise une tendance à fuir les situations déplaisantes en se réfugiant de manière excessive dans l'imaginaire, ainsi qu'une tendance à la passivité et à s'en remettre à autrui face à ces difficultés. Ce syndrome a la spécificité de ne pas renvoyer à un manque de ressources internes et de ne pas affecter les processus cognitifs. Selon la méthode Exner, l'indice de ce mécanisme est nombre supérieur de Kinesthésies humaines passives par rapport aux kinesthésies humaines actives.

Le mécanisme contraphobique s'observerait dans le fait que le sexe à supprimer serait parfois valorisé, surestimé et même enviable ; alors que le sexe revendiqué semblerait déplaisant, inconsistant et inintéressant. Ils en tirent l'hypothèse suivante que chez certains transsexuels, l'angoisse de castration n'a pu être maîtrisée que par la recherche active de la castration, elle-même. Par celle-ci, le patient réussirait à mettre un terme à l'état d'attente anxieuse issue de l'incertitude et l'imprévisibilité de la castration éventuelle. Dans cette démarche volontaire et active, le sujet cesse alors d'être exposé à un danger imminent en se positionnant dans la passivité, ce qui engendre un soulagement majeur voire peut-être du plaisir.

Quant au syndrome de Blanche-Neige, l'hypothèse des auteurs est qu'il serait un procédé défensif symétriquement opposé au mécanisme contraphobique. Selon celui-ci, certains transsexuels sembleraient fuir les difficultés dans un monde imaginaire fondés sur des représentations tirées de la réalité et la dépendance passive à autrui. Toutefois, une hypothèse alternative concernant la présence de ce syndrome chez les patients transsexuels serait qu'il découlerait de la position d'attente et donc de dépendance passive des patients durant le parcours de soins par THC. Or, cette dernière semble validée puisque le retest des mêmes sujets après la THC montre que le syndrome de Blanche-Neige disparaîtrait à la fin de celle-ci<sup>343</sup>.

### **d. La particularité de la pensée**

A. Michel et al.<sup>344</sup> remarquent que la particularité de la pensée n'a pas donné lieu à des études spécifiques malgré la reconnaissance d'une présence de distorsions perceptivo-cognitives. D'où la question du diagnostic de psychose rattaché au transsexualisme mais aussi l'hypothèse d'une organisation borderline qui comporterait une part psychotique et une part non-psychotique chez le patient transsexuel, cette dernière préservant ainsi l'individu de l'invasion psychotique et de son émergence sémiologique.

---

<sup>343</sup> Michel A., Mormont C. (2004), Fuite dans l'imaginaire et dépendance : trait de personnalité ou défense opportuniste chez le transsexuel, *l'Encéphale*, 30, 2, 147-152.

<sup>344</sup> Michel A., Mormont C. (2003), *op. cit.*

## **Le transsexualisme**

### **e. La perturbation de l'image de soi et des contacts interpersonnels**

Au sujet de la perturbation de l'image de soi, L. Cohen et al.<sup>345</sup> n'observent pas de détérioration de la perception de soi. Les auteurs concluent donc que la demande de transformation hormono-chirurgicale ne proviendrait pas d'une image de soi négative, mais les auteurs précisent que cette absence peut résulter d'une défense narcissique contre une faible estime de soi bien qu'ils n'aient pas constaté de narcissisme particulier. De même, les travaux de Caron et Archer<sup>346</sup> concluent à l'absence de détérioration de la perception de soi et de faible estime de soi chez les candidats à la THC mais montrent une perturbation de la recherche de contacts interpersonnels.

Enfin plutôt dans une perspective étiologique, L. Cohen et al.<sup>347</sup> s'intéressent à la relation entre ces particularités dans la genèse du transsexualisme. Selon leurs travaux, le transsexualisme ne résulterait pas d'un dysfonctionnement majeur de la pensée, pas plus qu'il ne découlerait d'une représentation de soi négative. Comme dans les travaux de Caron et Archer cités ci-dessus, les adolescents transsexuels de leur étude ne présenteraient pas une psychopathologie aussi grave que le groupe consultant en service psychiatrique mais seraient plus perturbés que la population non-consultante notamment concernant la qualité de la perception.

### **f. Une pensée opératoire**

Partant de la controverse sur la nature du trouble de l'identité sexuée chez les transsexuels comme relevant de la psychose, du trouble du caractère, des états limites ou de la perversion, Vermeylen et al.<sup>348</sup> ont entrepris une comparaison de protocoles de Rorschach de patients transsexuels candidats à la THC avec ceux d'un groupe témoin selon l'approche psychodynamique de l'école de Paris, selon certains indices de la méthode Exner et selon l'Indice d'Elaboration Symbolique (IES) de Cassiers.

Leurs résultats montrent une adéquation correcte à la réalité chez les patients transsexuels mais le nombre élevé de réponses globales associé au nombre bas de réponses

---

<sup>345</sup> Michel A. & Mormont C. (2003), *op. cit.*

<sup>346</sup> Michel A. & Mormont C. (2003), *op. cit.*

<sup>347</sup> Michel A. & Mormont C. (2003), *op. cit.*

<sup>348</sup> Vermeylen N. & al. (2005), Le test de Rorschach et la pensée opératoire dans l'approche théorique du transsexualisme, *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 387-393.

laisse aussi entrevoir un faible investissement de la subjectivité et de l'intrapsychique chez soi et chez autrui, ainsi qu'un manque d'accès à la créativité. De même, la balance des réponses-couleurs est interprétée par les auteurs comme marquant la tendance des patients à se laisser influencer passivement par les stimuli externes et par extrapolation, par la réalité extérieure. Ainsi, de manière similaire au syndrome de Blanche-Neige, les auteurs interprètent le rapport entre les kinesthésies passives et actives comme une tendance à s'en remettre à autrui dans une position de passivité-refuge pour éviter les prises de décision et surtout de responsabilité.

D'autre part, l'IES des patients serait plus faible que celui du groupe contrôle. Ceci irait dans le sens d'une mentalisation amoindrie et dans celui d'une recherche de satisfaction immédiate et directe de la pulsion dans la réalité externe.

A partir de ces éléments, les auteurs concluent que les patients transsexuels inscriraient directement dans la réalité une réponse à une problématique intrapsychique. Les auteurs font alors le rapprochement de cette faille dans la capacité de symbolisation avec la pensée opératoire de P. Marty en tant qu'ancrage permanent dans la réalité aux dépens d'une activité fantasmatique relayée par une mentalisation souple et créatrice. Les patients transsexuels auraient une difficulté majeure à se représenter le corps autrement que comme la scène du symptôme à cause d'un défaut de symbolisation et présenteraient dès lors une névrose de comportement similaire à celle des patients psychosomatiques.

### 6. 3. 5. 2. *A partir du MMPI*

L'autre test fréquemment utilisé pour l'étude du profil psychologique des patients transsexuels est le MMPI. Le MMPI est un test de personnalité composé d'échelles de traits de personnalité standardisés pour évaluer le fonctionnement de la personnalité, les éventuelles difficultés de ce dernier et déterminer la présence ou non de traits de personnalité pathologiques.

Les études du profil global<sup>349</sup> ont montré une absence de distorsion majeure de la réalité et une absence de signes psychopathologiques. Bonierbale<sup>350</sup>, psychiatre de l'équipe de Marseille, affirme même que les tests psychologiques habituellement utilisés dans

---

<sup>349</sup> Coussinoux & al. (2005), Tests de personnalité et identification sexuée chez des transsexuels masculins, *L'Encéphale*, 31, 1, 24-30.

<sup>350</sup> Bonierbale M. (1998), Questions face au transsexualisme, *Synapse*, 142, 25-29.

## Le transsexualisme

l'évaluation du transsexualisme (MMPI, Rorschach et TAT) ne montrent aucun élément psychopathologique associé et que les patients transsexuels ne présentent pas de signe de névrose différent des consultations tout venant. Dès lors, elle va jusqu'à considérer que le transsexualisme n'est pas une maladie psychiatrique et se range du côté des auteurs qui estiment que ce syndrome peut se présenter indépendamment de toute psychopathologie avérée et de toute structure de la personnalité<sup>351</sup>.

Toutefois et contrairement à une forte majorité de la littérature théorico-clinique, certaines études ont mis au jour que les sujets TMF n'auraient pas de signes de psychopathologie notables alors que les TFM présenteraient un degré aussi élevé que les patients hommes consultants en psychiatrie<sup>352</sup>.

### a. L'étude du profil global

Prenant en compte ce constat, Bonierbale et Magaud-Vouland<sup>353</sup> entreprennent de reprendre les résultats au MMPI des patients transsexuels ayant été suivis dans leur service pour mettre au jour les traits de personnalité saillants en terme de présence ou d'absence et non en terme de pathologie. De manière générale, le profil moyen évolue plutôt dans le registre de la psychose que de la névrose sans que les scores ne soient significativement pathologiques. Les traits les plus marqués sont :

- Un V.Ps<sup>354</sup> psychosomatique qui correspond à des scores élevés aux échelles d'*Hystérie de conversion* et d'*Hypocondrie* associés à un score bas à l'échelle de *Dépression*.
- Des scores plus élevés aux échelles de *Psychopathie* marquant l'impulsivité, de *Schizoïdie* en rapport avec l'appréhension de la réalité, des bizarreries, l'adaptabilité, l'empathie et le contact, et de *Paranoïa* liée à la psychorigidité et à la force des convictions et croyances.

---

<sup>351</sup> Bonierbale M. (1998), *Ibid*.

<sup>352</sup> Greenberg R. P. & Laurence L. A. (1981), A comparison of the MMPI results for psychiatric patients and male applicant for transsexual surgery, *Journal of nervous and mental disease*, 169, 5, 320-323.

<sup>353</sup> Bonierbale M. & Magaud-Vouland N. (2005), 128 cas de troubles de l'identité de genre : étude rétrospective, *Sexologies*, XIV, 53, 39-49.

<sup>354</sup> Le V.Ps correspond à la forme en « V » que peuvent avoir les trois premiers points du graphique du MMPI dans les cas de fonctionnement psychosomatique avec dépression masquée. Le score bas de l'échelle de dépression est alors entouré des deux scores élevés aux échelles d'hypocondrie et d'hystérie. Ce « V » est alors interprété comme « psychosomatique » (Ps) du fait que les scores élevés aux échelles d'hystérie et d'hypocondrie traduisent une préoccupation élevée concernant le corps alors que le score bas à l'échelle de dépression (pointe du bas) signerait la présence d'une dépression masquée.

- Et moins fréquemment, des scores élevés à l'échelle d'*Hypomanie* traduisant une extraversion et à celle de *Psychasthénie* dévoilant des doutes.

D'après les auteurs, ce profil correspond à celui d'une personnalité psychorigide assise sur des croyances et a priori avec une forte tendance à l'impulsivité pouvant devenir agressivité et/ou ruminations interprétatives en lien avec un mépris des règles sociales et de la relation interpersonnelle. Le V.Ps traduirait l'impossibilité de métaboliser la réalité en représentations mentalisées. La carence identitaire serait en rapport avec une impossibilité d'accès à la symbolisation et le corps deviendrait alors le porte-parole du manque à être et la THC interviendrait telle une prothèse identitaire.

Les auteurs relèvent aussi deux différences significatives au niveau des échelles d'introversion et de psychasthénie entre les profils des patients TMF et TFM. Les premiers seraient plus introvertis et sensibles aux conditions extérieures avec des ruminations, des angoisses et des doutes effacés par les convictions et un manque de prise en compte de l'altérité, alors que les seconds seraient plus impulsifs et extravertis quant à cette conviction.

Hormis ce dernier résultat concernant le V.Ps, il convient de nuancer les interprétations des scores aux autres échelles pour deux raisons. Premièrement, les auteurs disent avoir éliminé l'échelle Masculin-féminin car celle-ci est dépendante du trouble identitaire, ce qui est vrai. Cependant, elles ne précisent pas comment elles l'ont éliminé. Or, comme il l'est présenté ci-dessus, la manière dont sont dépouillés les résultats du MMPI selon le sexe a une influence sur le profil général. Le profil global est moins pathologique dans le sexe revendiqué. Il serait dès lors nécessaire de savoir si l'ensemble de la cotation a été réalisée selon le sexe anatomique ou selon le sexe revendiqué.

D'autre part, les scores aux différentes échelles du MMPI ne peuvent pas être interprétés de la manière lorsqu'ils sont au-dessus ou en-dessous du seuil pathologique. Le MMPI est un outil de diagnostic dont l'objectif est de révéler la présence de traits de personnalité psychopathologiques. Ainsi, les scores élevés dépassant le seuil pathologique sont « statistiquement » significatifs et pointent des traits particuliers sortant de la norme. Cependant, les scores situés dans et aux alentours de la norme statistique ne sont pas aussi significatifs et sensibles. La présence de scores dans la norme doit être prise comme une tendance, être relativisée et surtout ne pas être interprétés selon les mêmes termes que s'ils étaient pathologiques. Par exemple, un score fort mais sous le seuil de significativité à l'échelle de schizoïdie peut traduire un rapport particulier à l'appréhension de la réalité mais

## **Le transsexualisme**

pas un trouble du rapport à la réalité. Succinctement, dans cette interprétation du profil, postuler sans une certaine pondération un mépris des règles sociales et des relations interpersonnelles correspond à interpréter les échelles de paranoïa et de psychopathie comme si leurs scores se situaient au-dessus du seuil pathologique, sans prendre en considération une diminution de validité psychométrique.

### **b. L'échelle Mf Masculin-Féminin**

D'autres études utilisant le MMPI se sont intéressées plus spécifiquement à l'échelle Mf (Masculin-féminin) de ce test. Cette échelle de personnalité s'intéresse aux attitudes et intérêts sexués de la personne. De même, le dépouillement du questionnaire se fait selon le sexe du sujet. Dès lors, cette échelle et cet aspect sexué du test a été pris en considération pour l'étude du trouble de l'identité sexuée des patients transsexuels. Ainsi, Fleming et al.<sup>355</sup> ont proposé d'établir les profils des patients transsexuels selon leur sexe anatomique mais aussi, une seconde fois, selon le sexe revendiqué. Ils observent alors chez les patients TMF une élévation du score Mf dans le cas d'une cotation de profil masculin mais une normalisation de ce même score dans le cas d'une cotation selon les normes féminines correspondant au sexe revendiqué. Pour Kyndinis et Nicolopoulou<sup>356</sup>, ce score à l'échelle Mf est à interpréter tel un hyperconformisme aux stéréotypes du sexe revendiqué. Cole et al.<sup>357</sup> observent aussi que les profils globaux sont moins pathologiques dans le sexe revendiqué que dans le sexe anatomique et que l'échelle Mf est élevée voire pathologique lorsqu'elle est calculée selon le sexe biologique alors qu'elle se normalise dans les profils selon le sexe désiré. Cependant, ce sujet porte plus à débat qu'il n'y paraît, comme nous le verrons plus tard, notamment avec le recours aux deux échelles complémentaires de rôles sexués masculins et féminins.

### **c. L'évolution du fonctionnement de la personnalité au cours de la THC**

Dans une autre perspective, le MMPI a aussi été utilisé pour observer une évolution du fonctionnement au cours de la transformation. Ainsi, à l'échelle Mf, Coussinoux<sup>358</sup> observe que selon le profil du sexe biologique, les sujets TMF n'ayant pas commencé de THC

---

<sup>355</sup> Fleming M. & al. (1981), A study of pre- and postsurgical transsexuals : MMPI characteristics, *Archives of sexual behavior*, 10, 2, 420-424.

<sup>356</sup> Coussinoux S. & al. (2005), *op. cit.*

<sup>357</sup> Cole C. M. & al. (1997), Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses, *Archives of sexual behavior*, 26, 1, 13-26.

<sup>358</sup> Coussinoux S. & al. (2005), *op. cit.*

présentent un score plus élevé que ceux sous traitement hormonal et opérés. Mais ce résultat obtenu un petit échantillon de 28 patients n'est pas significatif.

Sur un échantillon plus important de 163 patients et en utilisant cette fois-ci le MMPI-2, Gómez-Gil et al.<sup>359</sup> entreprennent de comparer les profils de patients en phase pré-hormonale à ceux de patients en phase pré-chirurgicale. Sur l'ensemble de l'échantillon, les scores moyens sont situés en dessous du seuil de psychopathologie. Toutefois, les résultats montrent des scores significativement plus élevés chez les patients de la phase pré-hormonale aux échelles d'hystérie, de psychopathie, de masculin-féminin et de schizoïdie. Cependant, les auteurs apportent plus de précisions en ajoutant la distinction entre les patients TMF et TFM. Les deux sous-groupes de patients transsexuels féminin vers masculin en phase pré-hormonale et pré-chirurgicale ne montrent pas de différences significatives. En effet, ces deux sous-groupes de patients TFM ont un effectif beaucoup plus petit de 56 sujets, en particulièrement celui de patients TFM en phase pré-chirurgicale qui est seulement de 10 sujets. Par contre, les résultats font apparaître des différences significatives entre les patients masculin vers féminin en phase pré-hormonale et ceux en phase pré-chirurgicale. Les patients TMF en phase pré-hormonale présentent des scores plus élevés aux échelles d'hypocondrie, d'hystérie, de psychopathie, de paranoïa, de psychasthénie, de schizoïdie et d'introversion que les patients TMF en phase pré-chirurgicale. Pour Gómez-Gil et al., l'hypothèse que les patients transsexuels en phase pré-hormonale obtiennent des scores plus élevés aux échelles cliniques que ceux en phase pré-chirurgicale est confirmée. Ils concluent dès lors que les patients transsexuels dans les premières phases de la THC présentent une détresse psychologique plus importante que ceux engagés dans les phases ultérieures bien que ces résultats ne montrent pas de différences cliniques significatives. En effet, quelque soit le moment de la THC, les résultats aux échelles cliniques sont en dessous du seuil de psychopathologie pertinent.

---

<sup>359</sup> Gómez-Gil E. & al. (2008), MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment : comparison of patients in prehormonal and presurgical phases, *Journal of personality assessment*, 90, 4, 368-374.



## **Le transsexualisme**

### **III. La transformation hormonale et chirurgicale**

#### **1. De la première tentative aux standards de soins par transformation hormonale et chirurgicale**

Comme il a déjà pu l'être constaté dans la partie précédente consacrée au transsexualisme, la possibilité d'une réassignation sexuelle par transformation hormonale et chirurgicale (THC) tient une place centrale dans l'histoire de ce phénomène. En effet, la THC a profondément changé celui-ci pour lui donner sa forme moderne actuelle comme le souligne la définition du transsexualisme par H. Benjamin :

*Pour les patients transsexuels, « leurs organes, primaires (testicules) comme secondaires (pénis et autres), sont de dégoûtantes difformités devant être changées par le bistouri du chirurgien... Ce n'est qu'à cause de récentes et grandes avancées de l'endocrinologie et des techniques chirurgicales que le tableau a changé »<sup>360</sup>.*

De même, de nos jours, la CIM-10 et le DSM citent la THC pour définir le transsexualisme :

*« ...désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement [...] du souhait de subir une intervention chirurgicale et un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré. »<sup>361</sup>*

*« ...l'affection se manifeste par des symptômes tels que : vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires (par ex., demande de traitement hormonal, d'intervention chirurgicale ou d'autres procédés afin de ressembler à l'autre sexe par modification de ses caractères sexuels apparents), ... »<sup>362</sup>*

Le cas très médiatisé de George devenu Christine Jorgensen<sup>363</sup> en tant que première THC pouvant être considérée comme réussie, a en effet tenu le rôle d'inauguration de la « réponse » du corps médical à la « demande » de changement de sexe des patients transsexuels. En cela, bien que le thème transsexuel soit resté le même, on peut remarquer que le vœu transsexuel a été modifié par cette inauguration. Toutefois, malgré ce rôle central de la

---

<sup>360</sup> Benjamin H. (1953), *op. cit.*

<sup>361</sup> Organisation Mondiale de la Santé (1993), *op. cit.*

<sup>362</sup> American Psychiatric Association (2004), *op. cit.*

<sup>363</sup> Le *New York Daily News* du 1<sup>er</sup> décembre 1952 titre en première page, « Un ex-GI devient une ravissante blonde ».

## La transformation hormonale et chirurgicale

THC, il semble erroné de faire un amalgame excessif entre celle-ci et la problématique transsexuelle. Il n'est pas complètement faux que l'augmentation des demandes de THC qui suivie le cas Jorgensen comporte une part importante à la fois médiagène et iatrogène. Cependant, la THC en tant que nouvelle solution proposée par la médecine moderne n'a pas créé la demande mais l'a en quelque sorte fait converger vers elle. De même, au niveau tant individuel que collectif, la médiatisation du cas Jorgensen mais aussi les témoignages plus récents d'autres personnes transsexuelles jouent un rôle et ont une influence indéniable sur le phénomène et les parcours individuels (par la publication d'autobiographies, par des reportages télévisuels et aussi par leur mise en ligne sur internet sur des sites, blogs ou forum). Ces témoignages prennent parfois la valeur d'une histoire collective du phénomène et il arrive qu'ils soient cités comme références ou comme élément déclencheur de leur révélation par les patients qui désirent entamer une THC.

Toutefois, le transsexualisme est antérieur au phénomène médiatique du cas Jorgensen et à la THC. Comme exposé dans la partie sur l'histoire du transsexualisme, les premières descriptions cliniques généralement reconnues datent de la première partie du XIXe siècle et aux alentours de 1920, M. Hirschfeld proposait déjà à l'*Institut für Sexualwissenschaft* de Berlin<sup>364</sup>, les premières tentatives de transformation par greffes chirurgicales d'organe et de glandes endocriniennes, en se basant sur les travaux de Steinach. Dès lors, il est important de ne pas confondre le transsexualisme et la THC.

En résumé, même si cette dernière tient une place importante dans le phénomène, il ne faut pas faire l'amalgame entre la demande des patients et la réponse du corps médical. Le transsexualisme a mis au jour que le sentiment d'appartenance à l'un des deux sexes ne va pas de soi. Il expose et s'inscrit dès lors directement dans une problématique du rapport entre le corps sexué et l'identité sexuée. De cette problématique, découlent le thème et le vœu transsexuels, le fait de se dire appartenir à l'autre sexe pour le premier et le fait de demander des modifications corporelles pour acquérir l'apparence de ce sexe revendiqué pour le second. Par rapport à celle-ci, la THC est une réponse du corps médical, une offre de soins, dont l'objectif est une amélioration de la « santé » du patient au sens de la définition de cette dernière par l'Organisation Mondiale de la Santé : « *état de complet bien-être physique,*

---

<sup>364</sup> Michel A., Pedinielli J.-L. (2005), Vers une conceptualisation du transsexualisme, *Annales médico-psychologiques*, 163, 379-386.

*mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».*<sup>365</sup>

En cela, selon les progrès des techniques et du savoir en médecine, les soins proposés dans la THC peuvent être modifiés ou même à l'avenir être totalement remplacés par d'autres traitements et techniques visant l'obtention de meilleurs résultats et ce, sans pour autant que la problématique transsexuelle ne change.

### **2. La controverse psychothérapie ou THC : à partir d'une guerre de « tranchées »...**

Avant d'entreprendre une présentation détaillée de la THC, il est nécessaire d'exposer la controverse qui a suivi l'inauguration de cette réponse médicale au transsexualisme<sup>366</sup>.

En effet, dans les années 50, à la suite du cas Jorgensen, les demandes de THC connaissent alors une forte augmentation.

Inspiré par les travaux de Harry Benjamin et son point de vue selon lequel les psychothérapies n'ont aucun effet sur la problématique transsexuelle et que seule la THC peut soulager ces patients, le transsexualisme est alors considéré par une partie importante du corps médical comme un problème constitutionnel certainement d'origine biologique - avec l'idée que ce sont les moyens de l'époque qui ne permettaient pas de pouvoir démontrer une telle organogénèse - ou à la rigueur d'une fixation, d'une empreinte indélébile datant de l'enfance. En résumé, selon ce point de vue, la psychothérapie en générale mais surtout celle visant à traiter le trouble de l'identité sexuée, sont jugées inutiles. Le recours à une hormonosubstitution et à une chirurgie de réassignation sexuelle serait la seule solution appropriée compte tenu que le trouble est une partie constitutionnelle conçue comme « quasi-normale » car profondément ancrée dans l'identité de l'individu. Selon ce point de vue, il faut distinguer la souffrance en rapport direct avec la problématique transsexuelle - le mal-être dû à l'opposition entre le sexe anatomique et l'identité sexuée revendiquée - et les troubles pathologiques pouvant découler (mais pas nécessairement) de celle-ci et de ses conditions difficiles à vivre.

---

<sup>365</sup> HAS (2009), *op. cit.*

<sup>366</sup> Michel A. (2006), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

Au contraire, un nombre important de psychiatres, de psychologues et de psychanalystes se sont montrés fortement opposés à la THC argumentant parfois sans fondements cliniques que le transsexualisme serait profondément pathologique et relèverait de la psychose et du délire, et que le recours à la THC ne pourrait aboutir qu'au suicide et à la décompensation psychotique des patients. Pour une description plus précise de ce point de vue, il convient de se référer à la partie sur l'hypothèse d'une structure psychotique exposée ci-dessus. Ce courant accuse donc les médecins pratiquant la THC de collaborer avec la psychose et de condamner les patients à un destin funeste.

Prenant de la distance par rapport à cette controverse parfois trop virulente, on peut remarquer que la THC défie l'éthique médicale ainsi que les définitions classiques de traitements palliatif et curatif. En effet, la THC consiste soit à altérer le bon fonctionnement, soit à procéder à l'ablation d'organes sains et cela, dans l'objectif de soulager une problématique dont l'étiologie reste à ce jour non unanimement reconnue<sup>367</sup>. Le transsexualisme est très probablement et est défini actuellement comme relevant d'une problématique d'origine psychique, et quand bien même, serait-il démontré qu'il aurait une origine organique - ou plus précisément génético-endocrinienne - il resterait toujours que ce trouble aurait un retentissement néfaste conséquent sur la vie psychique de l'individu. Ainsi, pour A. Michel<sup>368</sup>, bien que dans la majorité des cas, les patients transsexuels ne souhaitent pas entreprendre un travail psychothérapeutique, il est évident qu'en parallèle de la THC, celle-ci peut apporter des effets bénéfiques aux patients. En effet, lorsque le patient transsexuel adresse sa demande à un centre de prise en charge des troubles de l'identité sexuée, il est alors convaincu que seule la THC peut lui apporter le soulagement attendu. Dès lors, la personne en charge de la psychothérapie - mais aussi tout autre intervenant professionnel en santé mentale - se trouve confrontée à une situation intrinsèquement paradoxale dans laquelle une demande toute particulière lui est adressée. Alors que l'expression de cette identité ainsi que la souffrance pouvant en découler sont purement psychiques<sup>369</sup>, la solution que recherchent les patients transsexuels est par essence placée sur la scène corporelle, résolument inscrite en dehors de la sphère psychique et est en ce sens, en

---

<sup>367</sup> Pour plus de précisions, se reporter à la partie précédente lui étant dédiée.

<sup>368</sup> Michel A. (2006), *op. cit.*

<sup>369</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*, p. 16.

dehors de leurs capacités d'intervention<sup>370</sup>. Ainsi, malgré ce point de vue plus juste qui conçoit que la psychothérapie et la THC ne doivent pas être mises en opposition et qu'elles peuvent même au contraire être conjuguées pour accroître la qualité du traitement proposé aux patients, il conviendra de consacrer une partie concernant la mise en place d'une psychothérapie au sein ou en parallèle de la THC ainsi que les difficultés et interrogations qui en découlent.

De nos jours, cette controverse opposant psychothérapie et THC s'est apaisée. En effet, progressivement la THC va être acceptée, de même que l'intérêt de conjuguer celle-ci avec une approche psychothérapeutique va lui aussi être reconnu. Les travaux de A. Michel<sup>371</sup> sur le devenir des patients transsexuels concluent que le recours à la THC donnent lieu à des effets largement plus positifs que ce que lui prédisaient ses opposants, et qu'il n'y a dès lors pas de raisons empiriques de refuser la THC aux patients transsexuels demandant à changer de sexe. De même, les standards de soins de la WPATH<sup>372</sup> recommandent un accompagnement psychothérapeutique en association à la THC, même si celui-ci n'est pas une condition d'accès à la transformation et que la décision d'entreprendre cette psychothérapie particulière revient au patient et ne doit pas lui être imposée.

### 3. Présentation du parcours de soins par transformation hormonale et chirurgicale

La THC à proprement parler peut être considérée tel un parcours se déroulant sur une période occupant une place centrale dans la biographie des patients. Comme il l'est généralement reconnu, elle se divise en quatre étapes auxquelles peuvent parfois être ajouté un accompagnement psychothérapeutique pendant et après celles-ci.

---

<sup>370</sup> Michel A. (2001), Le transsexuel : quel devenir ?, *Annales médico-psychologiques*, 159, 347-358.

<sup>371</sup> Michel A. (2001), *Ibid*, p. 356.

<sup>372</sup> Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, HBGDA (2001), *Standards of care for gender identity disorders, sixth version*, Minneapolis.

## La transformation hormonale et chirurgicale

Ainsi, selon les standards de soins de la WPATH<sup>373</sup> repris dans leurs grandes lignes par les équipes hospitalières et par le rapport de la HAS pour établir à l'avenir un protocole national de soins en France, le protocole actuel de prise en charge des patients transsexuels par THC dans les équipes hospitalières de France comporte actuellement mises à part quelques légères différences sur le déroulement et sur certains critères :

- 1) l'étape diagnostique,
- 2) l'expérience en vie réelle,
- 3) l'hormonosubstitution,
- 4) et l'opération chirurgicale de réassignation.

Hormis ces principales étapes de la THC, il convient de citer d'autres soins annexes ou complémentaires à la transformation tels la chirurgie pratiquée sur la pomme d'Adam, des soins orthophoniques pour transformer la voix des patients, des soins dermatologiques d'épilation définitive au laser ou à l'électrolyse ainsi que des opérations chirurgicales comme la plastie mammaire ou chirurgie du visage (rhinoplastie, chirurgie de la mâchoire et du front)... Ces soins ne font pas à proprement parler du protocole de THC. Bien que certains de ceux-ci soient irréversibles, ces soins ne sont pas considérés comme des modifications majeures pouvant entraîner des conséquences graves sur la qualité de vie des patients. Dès lors, ils sont le plus souvent effectués en libéral à la demande et à la charge des patients, sans à voir une place particulière dans le déroulement par étapes successives de la THC.

Plus précisément, concernant le protocole de THC, à l'heure actuelle, le rôle de référence principale est tenu par les Standards de soins de la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) anciennement *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIIGDA), dont la première publication date de 1979 et qui en est aujourd'hui à sa septième révision<sup>374</sup>. Par ailleurs, en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2009 un rapport sur la situation de la prise en charge des patients transsexuels en France. S'inspirant de ce travail et des standards de soins de la WPATH, elle a alors recommandé au Ministère de la Santé, l'élaboration d'un protocole national de soins pour les patients transsexuels avec l'instauration de centres de compétence travaillant en

---

<sup>373</sup> HBIIGDA (2001), *op. cit.*

<sup>374</sup> Cette dernière version des standards de soins de la WPATH datant de fin 2011, il sera alors précisé par la suite lorsqu'il est fait référence dans ce travail non pas à cette dernière mais à sa précédente, la sixième version de 2001 de ces standards.

## La transformation hormonale et chirurgicale

collaboration avec un centre de référence. Ce projet est en cours d'élaboration au Ministère de la Santé depuis 2010. En parallèle, il existe à ce jour six équipes pluridisciplinaires - situées à Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Montpellier et Nice - pratiquant la THC à l'Hôpital Public. Depuis 2010, ces six équipes sont regroupées en association sous le sigle de la Société Française d'Etudes et de prise en Charge du Transsexualisme (SOFECT). A quelques nuances près, ces équipes utilisent les standards de soins de la WPATH et sont composées de psychiatres, d'endocrinologues, de chirurgiens et de psychologues. La décision de prise en charge des patients par THC se fait en étroite collaboration et par décision collégiale des membres de chaque spécialité au sein de chaque équipe, à chaque étape de la transformation. Hormis ce protocole en milieu hospitalier, les patients transsexuels peuvent entamer un parcours avec des professionnels médecins installés en libéral. Il s'agit alors de rencontrer un psychiatre qui rendra par écrit un avis diagnostique avant d'entreprendre une hormonosubstitution prescrite par un endocrinologue. Toutefois, cette possibilité comporte un problème concernant l'étape chirurgicale de réassignation sexuelle. En effet, à l'heure actuelle, en France, il n'est pas possible d'accéder à la chirurgie de réassignation en dehors des équipes de l'hôpital public. Or, celles-ci ne prennent pas en charge un patient n'ayant pas fait l'intégralité du protocole dans leur équipe. Ainsi, les patients transsexuels ayant commencé leur parcours avec des professionnels installés en libéral sont dans l'obligation soit de recommencer le parcours à l'hôpital depuis l'étape diagnostique, soit de chercher à obtenir une chirurgie de réassignation sexuelle à l'étranger, cette dernière option pouvant soit être prise en charge par la sécurité sociale si elle est effectuée dans un pays de l'Union Européenne, soit être à la charge complète du patient dans le cas où elle aurait lieu en dehors de l'Union Européenne.

Toutefois, avant de passer à la description détaillée de chacune des étapes, il est important de souligner que ces étapes sont celles de la THC. Or, la THC est un parcours de soins s'inscrivant dans le parcours de vie plus large des patients. Du point de vue des patients, ce cheminement est donc légèrement différent. Leur vécu de la problématique transsexuelle a commencé avant et se poursuit après la THC. L'étape du diagnostic correspond au moment où le patient exprime son mal-être et la demande de changement de sexe avec la crainte de ne pas être entendu et/ou pris au sérieux. L'étape du traitement hormonal a la valeur d'un premier pas vers une transformation du corps. L'expérience en vie réelle mélange à la fois le dévoilement du *coming out* et du *passing*. Lors de cette étape, le sujet commence à vivre dans le rôle du sexe désiré. Il est alors confronté à l'annonce de son engagement dans une THC et à



## **La transformation hormonale et chirurgicale**

la rencontre du regard de son entourage et de la société au sens large. En effet, ce passage se jouant au niveau de l'apparence, le sujet doit alors faire face à la fois à la crédibilité de la transformation et à un dévoilement public de cet engagement. Pour sa part, l'opération chirurgicale de réassignation sexuelle marque la fin du parcours médical mais surtout des modifications corporelles. Le corps transformé n'est dès lors plus en contradiction avec l'identité sexuée des patients. Il a perdu la majeure partie des caractéristiques apparentes du sexe biologique et a été reconstruit en concordance avec l'identité sexuée revendiquée. Pour les patients, les étapes de la THC ont donc une valeur particulièrement significative qui dépasse le point de vue purement médical. Par exemple, l'expérience en vie réelle n'est pas qu'une évaluation des capacités d'adaptation du patients. De même, la prescription du traitement hormonal est investie avant et au-delà de ses effets sur le corps. Ainsi, pour résumer de manière un peu plus précise :

Le diagnostic renvoie au moment de la demande, moment critique où les perturbations psychologiques semblent exacerbées à la fois par le vécu personnel antérieur du sujet face à sa problématique et par la crainte de ne pas avoir accès à la THC considérée comme seule solution à celle-ci.

L'étape du traitement hormonal a valeur de première transformation concrète du corps sexué et de premier réel engagement dans la THC. Il semble alors apporter un soulagement et ce, même dès l'annonce du premier rendez-vous pour la prescription d'un bilan endocrinologique, avant la prise de traitement et toute transformation.

Pour sa part, l'expérience en vie réelle est conflictuelle puisqu'elle est concordante au souhait du patient mais comporte aussi une part de risques et de difficultés potentiellement élevée. Elle est inévitable dans le sens qu'elle renvoie au résultat final à venir de la THC qui n'a pas encore été complètement obtenu. En cela, rien ne sert pour le patient de s'y soustraire avant d'engager l'étape chirurgicale irréversible. Cependant, elle est aussi fortement anxiogène du fait qu'elle mélange la confrontation au regard d'autrui sur la scène publique et la perception subjective et personnelle du patient concernant la transformation de son corps et de son apparence.

Succinctement, la chirurgie marque la fin du parcours médical. Dans les premiers mois suivant celle-ci, le patient peut alors ressentir une grande joie liée à un sentiment d'aboutissement et qui peut aller jusqu'à l'euphorie. Toutefois, au contraire, certains patients

peuvent rencontrer certaines insatisfactions et déceptions en rapport avec des complications chirurgicales (fonctionnelles ou esthétiques), avec des attentes ne correspondant pas à la réalité de l'aboutissement de l'opération ou encore du fait de se rendre compte qu'il existe en-dehors du parcours de soins d'autres difficultés et limitations auxquelles ils vont devoir faire face<sup>375</sup>. Néanmoins, que ce soit au sujet d'une période d'euphorie excessive ou concernant la présence d'éventuelles déceptions, les regrets après THC sont très rares sur le long terme<sup>376</sup>. Au bout d'une période d'environ deux ans (mais pouvant être plus longue), l'euphorie s'estompe progressivement pour revenir à un état plus serein, équilibré et raisonnable. De même, les insatisfactions disparaissent le plus souvent dans l'année qui suit l'opération.

Dès lors, tout au long de la présentation de chaque étape du parcours de soins, il sera tenté de consacrer une partie plus détaillée sur le point de vue des patients et sur leur vécu de chacune de ces étapes.

### ***3. 1. L'étape diagnostique et l'évaluation pronostique : le rôle du psychiatre***

Le rôle du psychiatre dans l'équipe pluridisciplinaire est compliqué. Dans le déroulement du protocole, son intervention est placée en première ligne et comporte un aspect paradoxal.

Selon l'équipe pluridisciplinaire, son rôle est fondamental. Le psychiatre doit établir un diagnostic et un pronostic prenant en compte les facteurs psychiques, sociaux et médicaux afin de permettre la mise au jour des bénéfices mais aussi des risques et vulnérabilités du recours à une THC, avant de discuter de manière collégiale avec l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire, et avant d'engager le patient dans un traitement lourd et irréversible. Le psychiatre est dès lors mis dans une position d'expert dont l'avis peut avoir des conséquences graves autant dans les cas de diagnostics faussement positifs que dans ceux faussement négatifs.<sup>377</sup>

---

<sup>375</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

<sup>376</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

<sup>377</sup> Récemment, le débat sur le recours à la THC s'est mêlé à celui sur l'euthanasie. En effet, bien que cela ne soit pas la finalité de la majorité des THC, un patient transsexuel FTM belge insatisfait de sa THC a demandé et obtenu le droit de recourir à l'euthanasie, son affection étant jugée comme grave et incurable. *Le point*, 2 octobre 2013, « Un Belge euthanasié après une opération de changement de sexe ratée ».

## La transformation hormonale et chirurgicale

Pour les patients transsexuels, l'importance de cette étape est moins claire. L'avis du psychiatre est à la fois primordial car il permet l'entrée dans le parcours de soins par traitement hormonal et chirurgical, mais cet avis a aussi une moins grande valeur à leurs yeux que les étapes de transformation corporelle *in concreto*. De plus, la demande d'avis du psychiatre prend place dans un climat particulier. Les patients ne consultent pas pour une demande d'aide due à une souffrance qu'ils n'arrivent pas à expliquer. Ils amènent leur autodiagnostic, demandent l'accès à la THC et ne sont que très rarement intéressés par un travail personnel. Plus précisément, ils sont intéressés par un avis positif, mais méfiant quant à la psychiatrie et concernant l'éventualité que cet avis puisse être négatif. Leur objectif premier reste la transformation ce qui relève de l'endocrinologue et du chirurgien. Dans cette configuration, le psychiatre est dès lors parfois considéré comme étant un barrage.

Du point de vue des patients, il est important de souligner et de prendre en compte que cette situation est difficile et anxiogène. Elle est potentiellement conflictuelle et les met dans une position infantilisante dans laquelle leur avenir dépend d'une évaluation et de l'avis d'une tierce personne. La consultation peut alors être perçue comme un examen sous contrainte voire comme un empêchement abusif dont le résultat est primordial mais qui peut être vécu comme une contrainte, d'où l'opinion qu'elle ne devrait pas être nécessaire et obligatoire.

Le psychiatre est donc à la fois engagé personnellement en tant que professionnel de sa spécialité mais aussi au centre d'un tiraillement du fait de sa responsabilité vis-à-vis des patients diagnostiqués ou non transsexuels, mais aussi des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Face à cette situation, le psychiatre doit garder à l'esprit deux objectifs qui s'inscrivent dans une démarche mêlant à la fois diagnostic, pronostic et dans une certaine mesure thérapeutique<sup>378</sup>.

Le premier objectif est le principe du *primum non nocere* c'est-à-dire ne pas induire par l'intervention médicale une aggravation de l'état du patient. Ce principe concerne tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Or, la THC comporte plusieurs risques de complications divers et variés. Celle-ci peut avoir de graves conséquences aux niveaux

---

<sup>378</sup> Gorin-Lazard A. et al. (2008), Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ?, *Sexologies*, 17, 225-237.

## La transformation hormonale et chirurgicale

organique, psychique ou social. D'après la littérature<sup>379</sup>, une aggravation de la situation psychosociale du patient peut se produire dans 10% des cas, et résulterait d'une erreur de diagnostic, d'une vulnérabilité psychique préalable, de difficultés professionnelles ou de complications chirurgicales.

Cette aggravation se manifeste alors par :

- des insatisfactions,
- des regrets postopératoires (transitoires dans 1 à 8% des cas, définitifs dans 1 à 2% des cas),
- des syndromes dépressifs sévères pouvant se chroniciser,
- des idées suicidaires et des décès par suicide (0,5 à 2% des cas) malgré le fait que le taux de comportements suicidaires diminue énormément après l'intervention chirurgicale passant de 29,1% à 5,1%.
- des décompensations psychotiques dues à une erreur de diagnostic ou à la coexistence d'une psychose chronique et d'un syndrome transsexuel.

D'autre part, le second objectif du psychiatre est d'optimiser les chances de réussite de la transformation c'est-à-dire les chances de satisfaction du patient quant à celle-ci mais aussi celles d'amélioration de leur qualité de vie et de leur stabilité psychique.

Pour mener à bien ces objectifs, le psychiatre doit établir un diagnostic positif de transsexualisme selon les critères du DSM IV<sup>380</sup> à partir des éléments biographiques qu'il recueille auprès du patient et si possible auprès des proches de ce dernier. L'autodiagnostic apporté par le patient est pris en compte mais le psychiatre doit toutefois établir un diagnostic différentiel<sup>381</sup> pour écarter des troubles nécessitant une autre prise en charge que la THC tels que :

- un épisode psychotique avec thématique de transformation corporelle,
- le transvestisme fétichisme,
- une problématique identificatoire générale, non uniquement sexuelle,
- une simple non-conformité aux stéréotypes comportementaux des rôles sexués,

---

<sup>379</sup> Gorin-Lazard A. et al. (2008), *Ibid.*

<sup>380</sup> Voir ci-dessus.

<sup>381</sup> Gorin-Lazard A. et al. (2008), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

- une ambiguïté sexuelle,
- une dysmorphophobie,
- une chirurgie de « confort ».

C'est lors de cette démarche diagnostique qu'une collaboration étroite avec un psychologue peut être pertinente de par le recours à des tests projectifs et à des évaluations psychométriques qui apportent des informations sur les troubles de la personnalité (les pathologies psychiatriques associées pouvant être masquées par une cristallisation autour du transsexualisme) mais aussi des éléments d'appréciation sur un éventuel risque de décompensation en particulier psychotique, ou de passage à l'acte suicidaire. Ce bilan permet d'évaluer le fonctionnement psychique et en partie l'identité sexuée du patient. Ainsi, il peut permettre à la fois de confirmer le diagnostic et de servir de guide à une prise en charge psychologique plus adaptée.

Dans l'optique du pronostic, le psychiatre doit pouvoir identifier et prendre en considération des éléments qui ne sont pas forcément des critères de contre-indications de THC mais des facteurs de vulnérabilité qui peuvent augmenter le risque d'insatisfaction et/ou d'aggravation de la situation psychosociale du patient<sup>382</sup>.

Le premier facteur de pronostic négatif est la présence d'une vulnérabilité psychique ou d'une pathologie psychiatrique telles un trouble de l'humeur, un trouble de la personnalité, des comportements suicidaires, une psychose, un abus de substance... Il est alors délicat de faire la part entre ce qui est induit par la problématique transsexuelle - ce qui serait dès lors amené à changer par le recours à la THC - et ce qui relève d'une comorbidité indépendante mettant gravement en péril la réussite de la THC. Dans le cas de la présence d'une de ces comorbidités, le psychiatre doit les identifier et les traiter. Elles n'empêchent pas la prescription d'une THC mais impliquent une surveillance médicale plus étroite.

Le second facteur concerne le support affectif et familial. Un support affectif et familial fort et de qualité augmente les chances d'une transformation réussie. Quand cela est possible les proches doivent être intégrés dans la prise en charge. D'autre part, si le patient a des enfants, le psychiatre doit dans cette optique s'assurer qu'ils ont les moyens intellectuels de comprendre les enjeux de la transformation de leur parent et que cette transformation ne

---

<sup>382</sup> Gorin-Lazard A. et al. (2008), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

risque pas de compromettre leur équilibre psychique. A contrario, un faible support affectif et familial voire un isolement parfois total, est un facteur de pronostic négatif rendant périlleux le parcours et la finalité de celui-ci.

De la même manière, le pronostic doit prendre en considération le support social et le fonctionnement de celui-ci. Le manque d'intégration professionnelle, la précarité sociale, le recours à la prostitution et la victimisation sont des facteurs de vulnérabilité pouvant rendre le parcours plus difficile.

D'autre part, le psychiatre doit évaluer la présence chez le patient d'éventuelles fausses croyances et/ou attentes irréalistes qui lorsqu'elles sont trop fortes et non abordées risquent de donner lieu à de forts sentiments d'insatisfaction, de frustration ou de regret après la chirurgie. Certains patients peuvent penser que la THC résoudra toutes leurs difficultés. La prise de conscience dans un second temps, après l'opération, que tout n'a pas changé, peut alors aboutir à des regrets. Il est donc nécessaire d'aider le patient à prendre conscience que certaines difficultés qu'il rencontre sont indépendantes du trouble de l'identité sexuée et qu'elles ne peuvent dès lors être résolues par la THC.

D'autres facteurs ont été décrits et doivent être évalués<sup>383</sup> :

- capacité d'adaptation du sujet, notamment au cours de la deuxième étape du parcours de soins : l'expérience en vie réelle,
- capacités de satisfaction et capacités à faire face aux événements de vie,
- niveau de compréhension des limites et des conséquences de la chirurgie,
- absence de trouble de l'identité sexuée dans l'enfance,
- demande de THC après 30 ans,
- attirance sexuelle envers des individus de sexe biologique opposé au sien,
- une première partie de vie adaptée dans le rôle de leur sexe biologique parfois avec mariage et parentalité,
- caractéristiques morphologiques non compatibles avec une bonne crédibilité dans l'identité sexuée revendiquée,
- ambivalence concernant la réassignation sexuelle.

---

<sup>383</sup> Gorin-Lazard A. et al. (2008), *op. cit.*

## **La transformation hormonale et chirurgicale**

Lorsque ces éléments pronostiques ont été identifiés, le psychiatre doit alors informer le patient de la présence de ces facteurs et discuter des bénéfices et risques d'une THC dans son cas personnel. Il doit être sûr que le patient ait compris et pris conscience des conséquences et des limites de cette prise en charge. De plus, il est nécessaire de mettre en place un renforcement du suivi médical du patient avant, pendant et après la THC. De même, prenant en considération ces éléments, il est d'autant plus important que le psychiatre propose et explique l'intérêt d'un travail thérapeutique avec un psychiatre ou un psychologue de préférence extérieur à l'équipe d'évaluation en parallèle de la THC, comme il le sera abordé plus tard dans cette partie sur la THC.

### ***3. 2. L'expérience en vie réelle***

L'expérience en vie réelle est un moment essentiel du parcours de soins mais aussi du parcours de vie du patient. Cette étape correspond au moment où le patient passe le cap de vivre et d'adopter en permanence le rôle du sexe revendiqué et ce, dans toutes les activités quotidiennes sociales et professionnelles. Le patient doit alors choisir un nouveau prénom correspondant au sexe revendiqué, et informer les membres de sa famille et son entourage des changements plus ou moins imminents liés à ce changement d'identité sexuée. Lors de l'expérience en vie réelle, le patient peut tester sa capacité à vivre dans le rôle du sexe désiré et la persistance de sa demande avant d'entamer les étapes irréversibles dont tout particulièrement la chirurgie de réassignation. Par l'expérience en vie réelle, il peut en effet, apprécier les conséquences à la fois légales, économiques, socio-familiales et personnelles du changement d'identité.

Cependant, du point de vue des patients, l'expérience en vie réelle est aussi un moment délicat. Ce passage implique un *coming out* qui à la différence du *coming out* homosexuel ne peut se limiter à la sphère privée et plus ou moins confidentielle. Le patient peut être confronté au fait que ce changement s'opère dans tout son entourage et non uniquement avec ses proches. Pour plusieurs raisons, cette étape est donc particulièrement conflictuelle. Elle arrive à un moment où la transformation est plus ou moins avancée mais où elle n'est pas arrivée à son terme. De manière quasi-inévitable, le dévoilement ne peut être restreint à l'entourage des proches et des gens de confiance. Il se pose alors en plus du *coming out*, le problème du *passing*, de la crédibilité de la transformation, du passage à l'autre identité sexuée. Les répercussions et conséquences d'une expérience en vie réelle se déroulant mal peuvent très dommageables (exclusion, précarité...). En même temps, la transformation de

## La transformation hormonale et chirurgicale

l'apparence et du corps est l'objectif de la THC et le dévoilement est donc lui aussi inévitable. Il devra obligatoirement avoir lieu à un moment de la transformation, et il n'est pas raisonnable pour le patient de se soustraire à l'expérience en vie réelle et d'affronter le dévoilement une fois que l'irréversible aura eu lieu.

Toutefois, il faut préciser qu'une question importante reste en suspens concernant les moyens mis en place lors de cette étape du parcours à savoir la prescription ou non du traitement hormonal pendant celle-ci<sup>384</sup>. Ainsi, certaines équipes appliquent une règle de suivi et d'expérience en vie réelle bien assumée et renseignée allant de trois mois à un an avant le commencement du traitement hormonal, alors que d'autres équipes introduisent l'hormonothérapie en même temps que l'expérience en vie réelle (comme le préconisent les standards de soins de la WPATH<sup>385</sup>) et cela, durant une période d'au moins un an avant de passer à l'étape chirurgicale.

De même, un malentendu persiste concernant l'expérience en vie réelle. Cette étape est parfois confondue avec un « test » et est dès lors conçue telle une épreuve diagnostique de type expérimentale visant à confirmer ou infirmer le diagnostic de transsexualisme basé sur l'avis du psychiatre. Or, comme le soulignent les standards de soins de la WPATH<sup>386</sup>, ceci correspond à faire la confusion entre la capacité d'adaptation du patient et le syndrome transsexuel. En effet, il est ici nécessaire de faire la différence entre le diagnostic de transsexualisme fondé sur la conviction d'appartenir à l'autre sexe et les ressources et la force nécessaires au patient pour qu'il puisse s'adapter et assumer son rôle dans l'identité sexuée revendiquée (d'autant plus qu'à ce moment du parcours, la transformation n'est qu'au mieux partielle si le traitement hormonal a débuté). En cela, l'objectif de l'expérience en vie réelle n'est pas d'être un test à visée diagnostique mais de donner au patient l'opportunité d'avoir une première expérience personnelle et subjective de son changement d'identité sexuée et de lui permettre d'apprécier les conséquences de celui-ci dans le quotidien de la société et de ses relations avec son entourage proche, professionnel ou autre. La confrontation au regard quotidien de la société représente alors une des difficultés les plus importantes et pourtant inévitable de cette étape du parcours de soins. Pour cela, la décision et le moment

---

<sup>384</sup> Michel A. (2006), *op. cit.*

<sup>385</sup> HBIGDA (2001), *op. cit.*

<sup>386</sup> HBIGDA (2001), *op. cit.*



## **La transformation hormonale et chirurgicale**

d'entreprendre l'expérience en vie réelle reviennent donc au patient même si cette étape est très recommandée avant d'entreprendre l'irréversible de la chirurgie de réassignation sexuelle.

### ***3. 3. L'étape hormonale***

Ce traitement hormonal consiste donc à fournir aux patients des hormones exogènes afin de supprimer les caractères sexuels secondaires du sexe d'origine et d'induire ceux du sexe opposé le plus complètement possible. L'efficacité de ce traitement est très variable d'un patient à l'autre, en raison de la subjectivité de l'appréciation d'une part, mais aussi en fonction du traitement utilisé, de son dosage et de la réponse physiologique propre au patient. L'hormonosubstitution peut prendre entre deux et quatre ans voire plus, pour produire tout son effet. Il s'agit d'un traitement lourd administré à long terme et pouvant induire des effets secondaires conséquents. Même après l'ablation chirurgicale d'organes endocriniens, cette hormonosubstitution reste nécessaire à vie pour maintenir les caractéristiques sexuelles induites.

La première phase consiste à bloquer les stéroïdes sexuels du sexe refusé par des anti-androgènes stéroïdiens ou non stéroïdiens, ou par des analogues de la Gn-RH. C'est alors habituellement dans un second temps que l'hormone du sexe désiré est introduite par des œstrogènes associés aux anti-androgènes, ou par de la testostérone.

Du point de vue des patients transsexuels, cette étape du parcours de soins se révèle être la première réellement investie et valorisée. Comme il l'a été exposé ci-dessus, l'étape du diagnostic est primordiale mais elle est particulièrement délicate et peut même aller jusqu'à devenir conflictuelle. Or, pour sa part, l'étape du traitement hormonal et cela dès les premières rencontres avec l'endocrinologue, est considérée comme salvatrice. Elle prend la valeur d'une preuve de la légitimité et de la véracité de la demande du patient (en quelque sorte en opposition avec la crainte que le psychiatre ne désavoue cette demande). De même, elle est aussi jugée comme étant la preuve concrète et non plus seulement spéculative de l'accès à la THC. Ainsi, pour les patients, l'étape du traitement hormonal est comme une première réponse à la fois au thème et au vœu transsexuels. Toutefois, cette euphorie n'est dans la majeure partie des cas pas un état stable. Ainsi, parfois l'humeur des patients revient à état plus juste, équilibré et sage. L'hormonothérapie est alors prise pour ce qu'elle est c'est-à-dire une étape qui connaît sa propre évolution et qui sera par la suite suivie d'autres étapes. D'autres fois, l'euphorie laisse place au retour d'une impatience teintée d'angoisses et d'incertitudes plus ou moins marquée - parfois même majorée - à laquelle s'ajoutent des

questionnements et craintes concernant une éventuelle insuffisance des effets de ce traitement par rapport à ceux recherchés, attendus et imaginés.

### 3. 3. 1. Les démasculinisation et féminisation pour les transsexuels masculin vers féminin

Pour les patients MTF, la féminisation est obtenue par la suppression directe ou indirecte des effets des androgènes et par l'induction de caractères sexuels féminins<sup>387</sup>. La suppression des caractères sexuels masculins peut être réalisée par :

- des substances qui interfèrent avec la production de testostérone ou avec sa conversion périphérique en DHT,
- des substances qui bloquent les récepteurs androgéniques,
- des antigonadotropes : substances inhibant les gonadotrophines (FSH, LH).

Par la suite, l'induction des caractères féminins est alors réalisée principalement par le recours à des œstrogènes<sup>388</sup>. A partir de la diminution des gonadotrophines et de la testostérone ainsi que l'augmentation d'œstradiol dans le sang, on observe au niveau physique et physiologique :

- un adoucissement de la peau,
- un ralentissement ou l'arrêt de la chute de cheveux (même si un traitement complémentaire et spécifique peut s'avérer nécessaire, voire le recours à des implants capillaires),
- une diminution de la pilosité (mais sa disparition complète peut nécessiter des traitements complémentaires par laser et/ou électrolyse),
- une diminution de la masse musculaire,
- une redistribution des graisses selon un morphotype féminin,
- une augmentation du volume des seins. Celle-ci commence entre trois et six mois après le début du traitement et atteint son maximum au bout de deux ans. Selon les données rapportées par la HAS, au bout de deux ans, 35% des patients avaient un tour de poitrine supérieur ou égal à un bonnet B, 35% un bonnet A. Toutefois, 70% des patients jugeaient leur développement mammaire insuffisant. Concernant le développement de la poitrine, il est dès

---

<sup>387</sup> HAS (2009), *op.cit.*

<sup>388</sup> HAS (2009), *op.cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

lors conclue par la HAS d'attendre entre un et deux ans avant d'envisager une mammoplastie,

- des érections sont moins fréquentes et moins soutenues,
- une diminution de la taille des testicules allant de 25% à 50%. Celle-ci s'accompagne d'une baisse de la fertilité mais pas de sa disparition totale,
- Il se produit une légère modification de la voix mais celle-ci est dans la majorité des cas insuffisante et il est nécessaire de recourir à des cours avec un orthophoniste pour que l'expression orale corresponde au mieux à la nouvelle apparence féminine.

Au niveau psychologique, on rapporte des troubles de l'humeur et une labilité émotionnelle ainsi qu'une diminution anormale de la libido pouvant être dus ou au rapport du sujet à la transformation de son corps ou à des effets secondaires indésirables des hormones. Ainsi, le risque de dépression et la labilité émotionnelle doivent tout de même être surveillés tout particulièrement durant les six premiers mois de traitement.

Par ailleurs, il est nécessaire de signaler que les principales complications du traitement hormonal féminisant reconnues sont les accidents thrombo-emboliques.

Après orchidectomie, l'hormonothérapie doit être maintenue. Les doses d'œstrogènes sont alors réduites mais elles doivent rester suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation du corps. L'anti-androgène est généralement interrompu et l'adjonction de progestatifs peut se discuter en fonction d'éventuelles douleurs au niveau des seins (mastodynies) ou de la présence de troubles de l'humeur liés à la prise d'hormone.

En conclusion, selon la HAS<sup>389</sup>, pour les patients MTF :

- la première étape de dévirilisation permet de diminuer la pilosité et les érections. Celle-ci est réversible.
- pour leur part, le développement de la poitrine et l'atrophie testiculaire induits par le second temps de féminisation par prescription d'œstrogènes ne sont pas irréversibles mais peuvent avoir des difficultés à régresser à l'arrêt du traitement.

---

<sup>389</sup> HAS (2009), *op.cit.*

### 3. 3. 2. Les déféminisation et masculinisation pour les transsexuels féminin vers masculin

Pour les patients FTM, l'administration de testostérone constitue l'essentiel du traitement hormonal. Elle a à la fois le rôle de déféminisant et de masculinisant, même si elle peut être précédée par la prescription de progestatifs de synthèse en raison de leur propriété antigonadotrope permettant une première déféminisation et l'arrêt des cycles menstruels<sup>390</sup>.

Par l'augmentation de la testostérone et la diminution des gonadotrophines, d'œstradiol et de la progestérone dans le taux sanguin, on constate alors au niveau physique et physiologique :

- une diminution du volume mammaire,
- une augmentation de la masse musculaire et de la carrure de la partie supérieure du corps,
- une redistribution des graisses selon un morphotype masculin,
- au bout de trois à six mois, une modification de la voix débute mais celle-ci peut prendre un an ou plus pour devenir complètement de type masculin. Cette modification étant similaire à la mue des garçons lors de la puberté, elle ne nécessite pas de soins orthophoniques complémentaires et sera irréversible.
- une augmentation de la pilosité faciale, du torse et des extrémités. La pilosité du torse et des extrémités augmente progressivement durant la première année alors que l'apparition de la barbe est plus lente et peut prendre entre un et quatre ans.
- une aménorrhée accompagnée d'une atrophie du col et du vagin. Cet arrêt des règles se produit généralement entre un et six mois après le début du traitement et s'accompagnent d'une diminution des sécrétions vaginales,
- une hypertrophie clitoridienne allant de 3,5cm à 6cm. Celle-ci commence dans les tous premiers mois et atteint son maximum au bout d'un an.

Au niveau psychologique, on note une augmentation des intérêts sociaux ainsi que de la libido et de l'excitabilité. Il est signalé qu'il est nécessaire de surveiller l'apparition d'une labilité émotionnelle, d'une augmentation anormale de la libido, d'une agressivité pathologique voire d'un syndrome psychotique.

---

<sup>390</sup> HAS (2009), *op.cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

D'autre part, la HAS rapporte que chez les patients FTM traités par androgènes, les principales complications rapportées sont métaboliques notamment lipidiques.

Après ovariectomie, les doses de testostérone doivent être prescrites de manière continue et rester suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la virilisation du corps.

Pour le traitement hormonal des patients FTM, le rapport de la HAS<sup>391</sup> conclue que l'étape de déféminisation permet de diminuer le volume de la poitrine et de supprimer les règles. Cette étape est généralement réversible. Par contre, la virilisation avec modifications de la voix, de la pilosité faciale, l'éventuelle apparition d'une calvitie et l'hypertrophie clitoridienne induites par la testostérone sont irréversibles.

### 3. 4. *L'étape chirurgicale*

La chirurgie de réassignation sexuelle est le plus souvent programmée après une année de traitement hormonal. Chez les patients transsexuels féminins comme masculins, cette opération est lourde et risquée. Pour les patients MTF, elle consiste en une ablation des testicules et de la verge puis la création d'un néo-vagin nommée vaginoplastie, suivie parfois d'une mammoplastie. Pour les patients FTM, le protocole chirurgical comporte une ablation de la poitrine (mastectomie), des ovaires (ovariectomie), de l'utérus (hystérectomie) et selon les cas, la création d'un néo-pénis par phalloplastie mais cette dernière opération n'est pas toujours souhaitée tant elle est lourde et délicate pour un résultat n'étant pas toujours satisfaisant.

Du point de vue des patients, on peut remarquer que cette étape peut s'accompagner à la fois d'une euphorie plus ou moins importante et d'une forte angoisse, avec parfois une dominance de l'une sur l'autre et d'autre fois une alternance ou encore un mélange entre celles-ci. D'un point de vue uniquement manifeste, la première est à rattacher à l'idée de la fin, de l'aboutissement du parcours et à la réalisation matérielle du vœu de changer de sexe. Dans ce cas de figure, le patient ne montre alors que très peu d'angoisse et d'hésitation. Ces dernières sont présentes mais masquées par l'euphorie mise en avant. Pour sa part, la seconde laisse apparaître plusieurs éléments avec des craintes et angoisses préopératoires

---

<sup>391</sup> HAS (2009), *op.cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

« communes » aux opérations chirurgicales dites lourdes - concernant le risque vital de l'opération chirurgicale, son caractère définitif et irréversible, la peur de complications ou de résultats insatisfaisants - mais aussi parfois des peurs qui bien qu'elles puissent sembler « communes » et qu'elles soient légitimes, sont plus spécifiques aux patients transsexuels à savoir de faire le mauvais choix en ce qui concerne le chirurgien, la méthode chirurgicale prévue, cela pouvant aller jusqu'à une hésitation concernant l'opération elle-même et ses bénéfices (bien que ce soit rare). Le patient doit alors s'interroger sur son devenir, sur le sens de cette démarche avant de commettre l'irréversible et peut même se questionner et réfléchir au fait que pour lui cette solution était pourtant auparavant la seule et l'unique selon lui. Quand ce niveau de questionnement est atteint, il convient évidemment de différer l'opération et de revoir avec le patient comment il souhaite poursuivre son parcours et trouver une réponse à ces questions, choix qui lui revient pleinement (arrêt complet de la transformation, reprise de l'expérience en vie réelle et même désir de revenir à une vie dans le sexe biologique dans de naissance). Mais cette situation est complexe. En effet, il arrive que les patients craignent d'exprimer ses angoisses à l'équipe pluridisciplinaire et de se voir refuser définitivement l'accès à la THC s'il le faisait. Ses angoisses concernant l'opération chirurgicale sont alors en conflit avec l'angoisse d'être exclu du protocole. Le patient a peur que ces doutes ne retentissent et n'annulent toutes les démarches et les étapes précédentes dans lesquelles sa demande a été entendue et reconnue. Pour cette raison, il sera exposé par la suite, l'intérêt - mais aussi les difficultés tels que le cadre, l'alliance thérapeutique, la personne et le rôle du professionnel... - relatifs à la mise en place d'une prise en charge psychothérapeutique des patients transsexuels en parallèle ou à l'intérieur du protocole de THC.

De manière générale, la chirurgie de réassignation sexuelle a pour objectif de modifier le morphotype pour le mettre en concordance avec l'identité sexuée désirée en créant une anatomie génitale aussi conforme que possible à celle du sexe souhaité. Elle complète le processus de transformation engagé par l'hormonothérapie par l'ablation des organes sexuels et par la création de nouveaux organes génitaux artificiels du sexe désiré. Elle se compose donc d'une chirurgie ablatrice et d'une chirurgie reconstructrice qui dans la majorité des cas peuvent être pratiquées simultanément (mais peuvent aussi être réalisées successivement si nécessaire).

## La transformation hormonale et chirurgicale

### 3. 4. 1. Les castration et vaginoplastie pour les transsexuels masculin vers féminin

Pour les patients MTF, il s'agit d'abord d'une castration avec pénectomie<sup>392</sup>. La castration est identique à celle pratiquée pour le traitement de certaines pathologies testiculaires ou prostatiques. Pour sa part, la pénectomie comprend l'ablation des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis. Le reste du corps spongieux et une partie du gland sont conservés pour effectuer la clitoridoplastie. Par la suite, la chirurgie reconstructrice vise à créer des organes génitaux externes en apparence féminins. Il s'agit de créer une cavité vaginale, des lèvres génitales et un néo-clitoris. Au même moment que l'opération chirurgicale de réassignation sexuelle, une chirurgie mammaire peut être pratiquée. D'autre part, concernant les interventions chirurgicales, on peut citer l'éventualité d'une opération des cordes vocales visant une modification féminisante de la voix.

Pour revenir à la chirurgie de réassignation sexuelle, il est important de préciser qu'il existe différentes techniques de création d'un néo-vagin. La plus fréquemment utilisée est dite technique du lambeau pénien inversé qui peut être complétée par une greffe de peau en complément de ce lambeau. L'intervention comporte une castration puis un déshabillage du pénis dont la peau est ensuite retournée et utilisée pour tapisser le néo-vagin. Il s'agit alors de respecter la peau qui est laissée en place. Cette plastie peut être combinée avec l'utilisation d'un lambeau de peau scrotale remodelé afin d'élargir l'ouverture.

Il existe aussi une autre technique plus rare dite du segment intestinal pédiculé. Celle-ci peut être utilisée dans les cas où les patients ont subi antérieurement une pénectomie complète sans conservation du lambeau pénien. Il s'agit alors de prélever un segment du colon. Ce segment intestinal est ensuite fermé à une de ses extrémités, l'autre extrémité correspondant au futur orifice du néo-vagin. Cette technique est de moins en moins utilisée notamment en raison des complications possibles (occlusion, désunion) et d'une hyperlubrification. Quelque soit la technique utilisée, l'utilisation d'un dilateur en soin post-chirurgical est nécessaire afin d'éviter un rétrécissement du néo-vagin.

---

<sup>392</sup> HAS (2009), *op.cit.*

Concernant, la clitorolabioplastie :

- La création des lèvres se fait par une plastie effectuée sur le scrotum. La peau de celui-ci est partiellement enlevée alors que la partie proximale est utilisée pour une reconstruction de la vulve. Une plastie complémentaire peut être pratiquée dans un second temps pour créer un mont de Vénus.
- Pour sa part, la création d'un néo-clitoris se fait par le remodelage d'un lambeau du gland. Une partie de celui-ci est amputée, et la seconde est reposée sur une partie du corps spongieux afin de fixer le néo-clitoris en position anatomique tout en respectant la vascularisation et l'innervation. Ce néo-clitoris dès lors vascularisé et innervé est placé à la partie supérieure de la vulve. Au cours de l'enquête de la HAS, l'utilisation du prépuce pour créer le capuchon du néo-clitoris a été énoncée.

Pour finir, concernant l'uréthroplastie, il s'agit d'un raccourcissement de l'urètre et de la création d'un méat à la face ventrale du néo-clitoris. L'urètre pénien et la partie antérieure de l'urètre bulbaire sont amputés et l'urètre ainsi raccourci est remplacé au niveau de la peau de la vulve.

De manière générale, concernant la chirurgie de réassignation sexuelle des patients MTF, la HAS conclue que la castration avec pénectomie - ablation des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis - est une technique chirurgicale de castration techniquement bien maîtrisée car comparable aux procédures thérapeutiques pratiquées dans d'autres indications. Pour sa part, la pénectomie doit préserver le fourreau cutané qui est utilisé pour la construction du néo-vagin. La chirurgie reconstructrice visant à créer des organes génitaux de type féminin y est associée presque toujours dans le même temps opératoire. La création du néo-vagin repose le plus souvent sur l'utilisation d'un lambeau cutané pénien inversé, pouvant être complétée par une greffe de peau et, beaucoup plus rarement par un lambeau intestinal car cette dernière technique présente de sérieux désavantages. Ces techniques sont le plus souvent associées à la création d'une néo-vulve et d'un néo-clitoris utilisant le gland. Selon la HAS, le résultat esthétique et fonctionnel du néo-vagin est le plus souvent considéré comme satisfaisant. Cependant, d'éventuelles complications urinaires, digestives, génitales et hémorragiques peuvent apparaître. Une mammoplastie peut être envisagée dans les cas où l'hormonothérapie n'aurait pas procuré une augmentation mammaire suffisante.



## La transformation hormonale et chirurgicale

A propos de la transformation de la voix, la mue de celle-ci ayant eu lieu à la puberté est irréversible. Les modifications de l'appareil phonatoire induites par la testostérone, ne régressent pas sous l'influence de l'hormonosubstitution féminisante. Lors de la puberté, les cordes vocales du garçons s'épaississent de manière définitive. Dès lors, dans le cas d'une THC pour les patients transsexuels masculin vers féminin, une féminisation de la voix ne peut se faire que par le recours des soins orthophoniques et/ou par une chirurgie pratiquée directement sur les cordes vocales. La technique chirurgicale consiste en un rapprochement des cordes vocales parfois associé à l'opération de réduction de la pomme d'Adam. Toutefois, concernant celle-ci, le rapport de la HAS tient à préciser que cette technique est risquée et que ses résultats sont incertains. En effet, d'après certaines enquêtes, le pourcentage d'insatisfaction n'est pas négligeable (33%) et des complications telles que des difficultés à avaler, des inconforts au niveau de la gorge et des troubles d'éclaircissement de la voix, sont fréquentes. Ainsi, la modification de la voix par opération chirurgicale ne peut être recommandée sans précaution. De même, il est conclu que son objectif n'est pas garanti. Par ailleurs, la HAS tient a précisé qu'il n'est pas conseillé pour les patients transsexuels d'entreprendre une telle intervention avant d'avoir réalisé les autres opérations chirurgicales nécessitant une intubation, cela afin de prévenir l'éventualité d'un accident sur leurs cordes vocales fragilisées. Ainsi, pour clore cet aparté sur la féminisation de la voix, il convient de retenir que la proposition d'un travail orthophonique est préférée avant de recourir à une telle intervention.

D'autre part, il est ici nécessaire de citer d'autres interventions chirurgicales<sup>393</sup> visant la féminisation et ce, même si celles-ci ne sont pas considérées comme faisant partie du protocole de THC. En effet, d'autres interventions chirurgicales peuvent être pratiquées pour aider au processus de féminisation. Il s'agit de :

- la réduction de l'os thyroïdien (pomme d'Adam) par chondroplastie,
- la liposuccion de la taille,
- la chirurgie du visage (avec rhinoplastie, réduction des os de la face, lifting facial et plastie des paupières).

---

<sup>393</sup> HBIGDA (2001), *op. cit.*

### 3. 4. 2. Les mammoplastie, hystérectomie et phalloplastie pour les transsexuels féminin vers masculin

Pour les patients FTM, la chirurgie de réassignation sexuelle vise à mettre en concordance l'identité sexuée revendiquée et l'apparence corporelle. Comme chez les patients MTF, cette chirurgie de réassignation sexuelle concerne autant la morphologie externe que la fonction urinaire et la fonction sexuelle. Ainsi, elle comporte dans un premier temps, une ablation de l'utérus, des annexes et du vagin, puis dans un second, la construction d'un néo-pénis<sup>394</sup>. Dès lors, les objectifs de cette opération chirurgicale sont :

- la création d'une verge morphologiquement normale au repos et dotée d'une sensibilité cutanée comparable à la normale,
- le respect de sensations érogènes,
- la création d'un urètre pénien avec un méat au niveau du gland permettant ainsi au patient d'uriner debout,
- l'implantation d'un matériel rigide ou gonflable permettant de reproduire une érection,
- la création d'un scrotum contenant des prothèses testiculaires,
- et une chirurgie mammaire d'ablation des seins nommée mastectomie.

La masculinisation par recours à la chirurgie de réassignation sexuelle peut être réalisée de manière plus ou moins complète, d'une part, selon les désirs des patients et d'autre part, en fonction des complications potentielles des différents gestes techniques.

La première opération chirurgicale habituellement pratiquée est la chirurgie mammaire. Il s'agit d'une mastectomie sous cutanée dont le but est l'ablation des tissus mammaires et de la peau en excès avec un repositionnement des mamelons et aréoles.

L'ablation des organes génitaux est en générale réalisée dans un second temps. Elle comporte une hystérectomie, une ovariectomie et une colpectomie. Cette opération obéit aux mêmes principes que la chirurgie ablative pratiquée en cas de tumeur utérine. Ainsi, cette technique est jugée par la HAS comme bien maîtrisée et efficace. De même, les complications sont considérées comme rares.

---

<sup>394</sup> HAS (2009), *op.cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

Dans la plupart des cas, cette étape est distincte et précède la construction du néo-pénis bien que les procédures d'ablation et de reconstruction peuvent être réalisées simultanément. Par ailleurs, concernant la création d'organes génito-urinaires de type masculin, il est important de souligner que celle-ci est plus complexe que la création d'un néo-vagin et qu'elle offre des résultats esthétiques et fonctionnels différents et plus ou moins probants selon les techniques, chacune ayant ses avantages et inconvénients mais aussi ses bénéfices, risques et complications. Pour rendre compte de cette complexité, il faut distinguer les deux techniques de création du néo-pénis que sont la plastie d'agrandissement du clitoris appelée métaïodoioplastie et celle de greffe de lambeaux régionaux ou libres remodelés, et prendre en considération les problèmes concernant l'uréthroplasie, la fonction urinaire et la fonction sexuelle (érectile et sensorielle)<sup>395</sup>.

La plastie d'agrandissement du clitoris consiste à reprendre chirurgicalement le clitoris hypertrophié par l'hormonothérapie masculinisante pour le désenfouir et le remodeler afin de constituer un néo-pénis de petite taille. Cette intervention peut être complétée par une plastie des grandes lèvres pour reconstituer un scrotum mais la pose de prothèses testiculaires est généralement différée. Une uréthroplastie peut y être associée. Par contre, l'utilisation de prothèses érectiles et donc la possibilité de pénétration sont généralement impossibles.

Parmi les techniques de greffes de lambeaux, on distingue celle de lambeaux régionaux - avec prélèvement au niveau de l'aîne, sur la face antérieure de la cuisse ou de la partie sus-pubienne de l'abdomen - et celle de lambeaux libres prélevés à distance - il s'agit le plus fréquemment, d'un lambeau de l'avant-bras. Dans les deux cas, il s'agit de remodeler le ou les lambeaux pour reconstituer la forme d'un pénis puis de procéder à sa greffe. Il est possible d'insérer une ou deux prothèses au sein du lambeau pour assurer une fonction érectile au néo-organe. De même, il est possible de réaliser une uréthroplastie mais dans le cas de la greffe de lambeaux régionaux, cette technique rend l'acte chirurgical plus difficile. Par ailleurs, concernant la fonctionnalité urinaire obtenue par cette dernière technique, dans les cas où le méat féminin est conservé, celui-ci se trouve alors en position d'hypospade (c'est-à-dire à la base de la néo-verge) ce qui oblige le patient à uriner en position assise. Ainsi, pour cette technique, l'uréthroplastie n'est pas toujours envisagée. Par contre, concernant la

---

<sup>395</sup> HAS (2009), *op.cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

fonction sexuelle, l'autre technique de greffe de lambeaux régionaux permet l'incorporation du clitoris dans la base de la plastie rendant ainsi possible une sensibilité érogène de l'organe.

L'uréthroplastie est l'un des points les plus délicats et difficiles de la phalloplastie. Ainsi, de manière générale, le résultat concernant la fonction urinaire dépend des désirs du patient, des possibilités anatomiques et de la technique de plastie pénienne employée. Soit le méat originel est maintenu en place en position hypospade postérieure au niveau de la face ventrale du néo-pénis ce qui rend le plus souvent impossible la miction debout, soit il est possible de recourir à une uréthroplastie dont l'objectif est d'amener le méat vers l'extrémité du néo-pénis avec tous les risques qu'elle comporte mais permettant ainsi la miction debout.

Concernant la fonction érectile, dans les cas de greffes de lambeaux, les capacités d'érection sont instaurées par l'implantation de prothèses identiques à celles employées dans le traitement de l'insuffisance érectile acquise. Par contre, dans les cas de plastie d'agrandissement du clitoris, la capacité érectile dépend du corps caverneux clitoridien et la pénétration n'est donc en général pas possible.

Pour ce qui est des complications de la phalloplastie<sup>396</sup>, les plus fréquentes sont celles de la fonction urinaire avec un taux supérieur à 50%. De même, dans les cas de pose de prothèse érectile, le taux de complication non négligeable varie entre 20% et 35% des cas. Par ailleurs, au niveau plastique, il convient de souligner que si lors des recours à la techniques de greffe de lambeaux libres, les risques de nécrose du greffon sont considérés comme faible (inférieur à 5%), cette technique expose toutefois à des complications au niveau du site de prélèvement du lambeau.

En résumé, chaque technique présente ses limites<sup>397</sup>. La technique d'agrandissement du clitoris semblent techniquement la plus fiable et la moins risquée mais bien que l'érogénéité de la zone soit conservée, la verge ainsi créée reste de petite taille et la pénétration lors de rapports sexuels est impossible. Pour sa part, la technique de greffe de lambeaux régionaux permet la création d'un néo-pénis avec implantation d'une prothèse érectile et la possibilité d'une sensibilité érogène du néo-organe mais l'uréthroplastie rend l'acte plus complexe, avec un plus grand risque de complications dû à la pose de prothèse et à

---

<sup>396</sup> HAS (2009), *op.cit.*

<sup>397</sup> HAS (2009), *op.cit.*

## **La transformation hormonale et chirurgicale**

l'uréthroplastie elle-même. De même, la technique de greffe de lambeaux libres rend l'uréthroplastie plus envisageable mais diminue les chances de sensibilité érogène et expose le sujet à des risques au niveau de la zone de prélèvement en plus de ceux dus à l'implantation de la prothèse et à l'uréthroplastie.

### ***3. 5. L'accompagnement psychologique***

Concernant l'accompagnement psychologique, il est très généralement reconnu et admis (notamment par la WPATH<sup>398</sup> et la HAS<sup>399</sup>) que celui-ci peut être d'une grande utilité dans le parcours de THC et qu'il peut apporter de réels bénéfices aux patients.

Selon la WPATH, tous les patients transsexuels n'ont pas forcément besoin d'une psychothérapie pour poursuivre la THC et chacun doit être libre de choisir s'il a besoin d'une psychothérapie ou non. Au contraire, il est même important que la psychothérapie ne soit pas implicitement ou explicitement imposée par l'équipe pluridisciplinaire car comme le signale la WPATH, certains protocoles isolés ont établi dans leurs propres critères d'éligibilité à la THC un nombre minimum de séances ou de mois de psychothérapie. Or, dans ce contexte, cette psychothérapie se voit dès lors assimilée à une étape (voire à un obstacle) plus ou moins imposée sous contrainte au patient. Il en résulte une certaine confusion entre la psychothérapie, et l'évaluation diagnostique, et l'objectif de la psychothérapie qui est d'apporter un soutien au patient tout au long de la THC, est alors sérieusement mis en péril.

Pour sa part, la HAS fait remarquer que la problématique transsexuelle et la THC peuvent engendrer une grande vulnérabilité et une importante détresse psychologique qui doivent être prises en compte et soulagées par un soutien adapté. Entre autres considérations, les modifications dues à l'hormonosubstitution et à la chirurgie étant et entraînant des changements majeurs et conséquents dans la vie des patients, un accompagnement psychologique doit dès lors être proposé à ces derniers tout au long et même après la THC. Cet accompagnement est donc fortement recommandé par la HAS. Néanmoins, de manière similaire à la WPATH, il est précisé que cet accompagnement ne doit pas être une condition nécessaire pour l'accès à la THC et que la décision d'entreprendre ce travail thérapeutique revient au seul choix du patient.

---

<sup>398</sup> HBIQDA (2001), *op. cit.*

<sup>399</sup> HAS (2009), *op.cit.*

Cependant, hormis ces premières remarques, pour plusieurs raisons, la mise en place d'une psychothérapie ou d'un accompagnement psychologique dans le protocole de THC est un élément mal défini voire bancal dans le parcours de soins. Avant d'entrer dans le détail de ce souci, on peut souligner brièvement que les définitions du cadre, des conditions, de la méthode ainsi que des objectifs d'une psychothérapie (ou d'un accompagnement psychologique selon la HAS) restent problématiques.

### 3. 5. 1. Le problème du cadre et des rapports psychothérapie/THC

Pour commencer, il convient en premier lieu de se poser les questions relatives au professionnel à qui confier ce rôle et de l'implication ou non de celui-ci dans l'équipe pluridisciplinaire de la THC. Ainsi, concernant les professionnels de la santé mentale déjà engagés dans le parcours de soins, leur place respective ne leur permet pas de tenir une neutralité suffisante et nécessaire pour pouvoir mettre en place le cadre nécessaire à un travail psychothérapeutique. Le psychiatre a déjà à charge l'établissement du diagnostic et du pronostic. De même, le rôle du psychologue consiste le plus souvent à compléter le diagnostic en effectuant le bilan psychologique des patients. Ainsi, ces deux professionnels sont très impliqués dans la démarche diagnostique, première étape du parcours de THC. Or, de par ce rôle qui est déjà particulièrement difficile (comme il l'a été décrit ci-dessus dans la partie consacrée à l'étape diagnostique) et l'implication de ces professionnels en début de parcours de soins mais aussi dans les étapes ultérieures - lors des réunions collégiales de l'équipe pluridisciplinaire où les décisions concernant la poursuite de la THC sont prises - il semble compliqué d'éviter une sorte de conflit d'intérêt.

En effet, vis-à-vis du patient, celui-ci peut ne pas arriver à prendre de la distance quant au rôle premier d'évaluateur de ce professionnel et donc ne pas se sentir dans les conditions lui permettant de parler librement, sans crainte d'être jugé et que ce jugement ou opinion ait des conséquences sur le déroulement de la THC.

De même, du point de vue du professionnel, ce dernier se retrouve à avoir un double statut dont les objectifs peuvent être très différents, l'un pouvant dès lors influencer voire gêner l'autre. Dès lors, on comprend qu'il soit unanimement reconnu et fortement conseillé que le rôle de psychothérapeute soit tenu par un professionnel différent de ceux ayant participé à l'évaluation diagnostique.

## **La transformation hormonale et chirurgicale**

Néanmoins, dans la réalité matérielle des moyens dont disposent les équipes de prise en charge des patients transsexuels par la THC, la mise en place de cette condition nécessaire ne peut le plus souvent pas être respectée. En effet, les effectifs des équipes sont souvent trop restreints pour qu'un psychologue ou un psychiatre ne puisse consacrer tout ou partie de son temps à la psychothérapie des patients, sans jamais avoir à tenir un autre rôle dans l'évaluation et le suivi du parcours de soins de ces mêmes patients. De même, il n'est pas simple d'orienter les patients vers d'autres consultations se situant en dehors de l'équipe pluridisciplinaire car peu de professionnels (en libéral ou non) sont formés à la prise en charge de personnes transsexuelles et se sentent capables d'entreprendre un tel travail.

Par ailleurs, cette dernière remarque appelle un autre point qu'il est important d'aborder concernant la psychothérapie à savoir l'intégration ou non du psychothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire et surtout sa présence aux réunions décisionnaires concernant l'avancement de la THC des patients. En effet, de cette interrogation qui ne trouve pas de réponse consensuelle, il découle plusieurs questions primordiales pouvant avoir des conséquences sur la qualité du travail psychothérapeutique ainsi que sur le déroulement du parcours de soins, l'un pouvant interférer sur l'autre. A partir de cette question de l'appartenance ou non du psychothérapeute à l'équipe pluridisciplinaire et de son éventuelle présence aux réunions de cette équipe, il est légitime de se demander si le professionnel psychothérapeute ne glisse pas dans le même double positionnement problématique que les professionnels ayant participé à l'étape diagnostique. Les questions vont dès lors porter sur le fait que la psychothérapie puisse être influencée (voire guidée) par l'avancement et les objectifs de la THC (et cela, même par simple compte-rendu de réunion par le reste de l'équipe), ou à l'inverse que la psychothérapie se confonde et agisse sur le déroulement de la THC de façon directe comme indirecte en demandant au psychothérapeute d'émettre un avis sur l'état du patient avant le passage à une autre étape de la THC, ou encore simplement en lui demandant de rendre compte de comment se déroule la psychothérapie.

Concernant ce dilemme de la place du psychothérapeute par rapport à l'équipe pluridisciplinaire, on constate que les solutions proposées se résument à deux positions. La première qui est celle de la WPATH et de la HAS, est que le psychothérapeute s'il ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire, doit être en contact et travaillé en étroite collaboration avec celle-ci. Puis, au contraire, selon la seconde position minoritaire dans la pratique, la psychothérapie de même que le psychothérapeute ne doivent ni faire partie de l'équipe en charge, ni participer au déroulement de la THC, et cela dans le but de permettre une parole

libre du patient, base fondamentale pour un travail psychothérapeutique<sup>400</sup>. Ainsi, de façon plus ou moins indirecte, bien que ces deux positions cherchent toutes deux à mettre en place les meilleures conditions d'obtention de bons résultats, il peut être constaté que la première position semble d'une certaine manière privilégier le bon déroulement de la THC alors que la seconde pour sa part, met l'accent sur l'importance de la relation psychothérapeute/patient.

### 3. 5. 2. Méthode et objectifs de la prise en charge psychothérapeutique

De même, il convient aussi de s'interroger sur la méthode psychothérapeutique ainsi que ses objectifs. En effet, on peut constater que dans la littérature portant sur le transsexualisme peu de publications concernent spécifiquement et explicitement le problème de la prise en charge psychothérapeutique. Par ailleurs, lorsque ce sujet est abordé, force est de constater qu'il arrive qu'il pâtisse encore de la controverse opposant la THC et la psychothérapie, ou alors qu'il soit abordé de manière trop succincte (voire évasive). Ainsi, Comme le souligne la HAS, il est difficile d'établir un schéma psychothérapeutique standard. Il peut autant s'agir de psychothérapie individuelle d'inspiration psychanalytique, de thérapie comportementale de renforcement de l'identité sexuée, de thérapie familiale ou de groupe de parole... Le principal est alors que le type de psychothérapie convienne au patient. D'autre part, quelle que soit la méthode de prise en charge psychothérapeutique, comme le fait très justement remarquer A. Michel<sup>401</sup>, l'objectif doit avant tout être d'offrir au patient la possibilité d'investiguer les conflits liés à l'identité sexuée - leur nature et leur déroulement - et par cela, permettre d'en élargir la compréhension. Autrement dit, il s'agit alors d'une psychothérapie de soutien ayant pour mission de traiter les conséquences éventuelles de la THC et de prendre en charge les troubles indirectement liés au trouble de l'identité sexuée, notamment pour aider le patient à mieux s'adapter à sa nouvelle identité dans la vie de tous les jours. D'autre part, selon la HAS, cette prise en charge doit pouvoir être proposée à l'entourage du patient (en particulier à sa famille).

Toutefois, il convient de préciser quelques points supplémentaires concernant cette prise en charge. En effet, d'une part, la scène psychique et l'idée d'entamer un travail psychothérapeutique ne sont pas très investies par les patients transsexuels. En effet, les patients dont le diagnostic de transsexualisme est clairement établi, n'acceptent que très

---

<sup>400</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*, p. 154.

<sup>401</sup> Michel A. (2006), *op. cit.*



## La transformation hormonale et chirurgicale

rarement de recourir à une psychothérapie<sup>402</sup>. De plus, il faut souligner le postulat atypique assez généralement proclamé<sup>403</sup> selon lequel, dans le cas d'une prise en charge psychothérapeutique de patients transsexuels, la psychothérapie n'est pas destinée à changer l'identité sexuée. De manière assez particulière en comparaison avec d'autres prises en charge psychothérapeutiques, celle-ci n'a pas pour objectif de traiter (au sens courant) le trouble de l'identité sexuée ce qui correspondrait à essayer d'aider la patient à se réconcilier avec son sexe de naissance. Or, ce point n'est pas dépourvu d'ambiguïté et peut sérieusement influencer la psychothérapie selon la façon dont le professionnel le comprend. En effet, celui-ci peut être entendu en référence à une neutralité bienveillante avec notamment l'application de la règle d'abstinence - malgré tout mise à mal par ce cadre particulier et l'influence de la THC - mais il peut aussi être interprété comme une interdiction ou un ordre « paradoxal » concernant l'identité sexuée et l'objectif thérapeutique et ainsi dériver vers une thérapie de type *coaching* et/ou *counseling* telle que le recommande à partir des mêmes arguments, les standards de soins de la WPATH.

En effet, pour la WPATH<sup>404</sup>, la psychothérapie consiste en une série d'échanges interactifs ayant pour but de fixer des objectifs réalistes et réalisables, et d'améliorer tant que possible la qualité de vie des patients dans l'identité sexuée revendiquée, avec une attention particulière portée sur la vie relationnelle et professionnelle de ceux-ci. De manière très concrète, matérielle et directe, le psychothérapeute doit :

- s'efforcer de faciliter les capacités du patient à travailler et à établir (ainsi qu'à maintenir) des relations qui le soutiennent,
- aborder les limites de la THC : le fait que celle-ci ne pourra effacer l'intégralité des signes du sexe biologique d'origine,
- et discuter avec le patient du fait qu'il ne peut renier complètement la particularité de son histoire personnelle, de son vécu passé et à venir dans un sexe puis un autre, qui ne peuvent être totalement mis de côté.

Compte tenu de l'implication du psychothérapeute au sein de l'équipe en charge de la THC préconisée par la WPATH, ce travail commence premièrement lors de la phase diagnostique avec l'examen en profondeur des problèmes liés à la problématique

---

<sup>402</sup> Michel A. (2006), *op. cit.*

<sup>403</sup> HBIGDA (2001), *op. cit.*  
et HAS (2009), *op. cit.*

<sup>404</sup> HBIGDA (2001), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

transsexuelle, puis se poursuit dans un second temps, par l'investigation de la complexité toute entière et particulière de la personne singulière qu'est le patient. Cherchant à aider la THC mais surtout étant engagé dans les décisions collégiales de celle-ci, le psychothérapeute doit alors définir avec le patient les problèmes qui vont être traités en psychothérapie et les différentes dispositions prises pour résoudre ces problèmes.

Concernant les problèmes à traiter en psychothérapie, du fait de la présence fréquente de ceux-ci et de leurs possibles conséquences importantes, la WPATH souligne la nécessité de travailler avec les patients transsexuels sur les sujets suivants :

- l'orientation et les fantasmes érotiques à distinguer de l'identité sexuée,
- la prise de conscience que le besoin de garder un travail, de ne pas perturber un membre de sa famille, d'honorer un engagement marital ou de préserver un enfant d'un bouleversement émotionnel,... peuvent être plus importants que le désir personnel de vivre constamment dans l'identité sexuée revendiquée,
- l'intégration sans attentes irréalistes ou irréalisables de l'idée et des implications de ce que représente vivre en tant qu'homme ou femme dans la vie de tous les jours,
- et l'identification d'éléments déclencheur d'une augmentation de l'envie de changer de sexe, notamment pour pouvoir gérer ces situations de la manière la plus appropriée au fur et à mesure de la THC.

D'autre part, au sujet des dispositions thérapeutiques, il s'agit d'activités et de procédés très concrets visant à aider le patient à trouver un plus grand confort personnel dans la vie quotidienne. Ainsi, la WPATH recommande aux psychothérapeutes prenant en charge des patients transsexuels de prescrire ou d'orienter ces derniers vers :

- le port de vêtements rappelant ou étayant l'identité sexuée revendiquée de manière cachée et privée avec des sous-vêtements, de manière publique mais discrète avec des vêtements unisexes, ou encore de façon directe avec des vêtements correspondant au sexe revendiqué,
- des conseils esthétiques et cosmétiques allant du maquillage jusqu'à des opérations chirurgicales mineures ou encore à l'épilation définitive par recours au laser ou à l'électrolyse,
- des conseils d'améliorations de la présentation avec la prescription de procédés parfois transitoires et parfois palliatifs en attendant des transformations corporelles de la THC tels que les recours à une perruque ou des rajouts de cheveux pour les MTF, à un postiche de barbe pour les FTM, à un maillot de contorsion de la poitrine pour les FTM, à un rembourrage des sous-vêtements

## La transformation hormonale et chirurgicale

pour simuler la présence d'un pénis ou d'une poitrine, à un travail orthophonique sur la voix...),

- la participation à des groupes, à des réseaux de soutien avec d'autres patients, à des réunions conviviales, ou à des loisirs en concordance avec l'identité sexuée revendiquée,
- l'engagement dans des expériences de vie dans l'identité sexuée revendiquée d'abord de façon épisodique et ponctuelle, avant de passer à l'expérience en vie réelle.

Les objectifs de chaque problème et de chaque disposition mise en place pour répondre à celui-ci doivent clairement être établis par le psychothérapeute et le patient transsexuel. Ce travail de concertation patient/psychothérapeute offrira dès lors au patient la possibilité de constater par lui-même l'évolution de la prise en charge psychothérapeutique. Mais de par la double position du psychothérapeute, il faut aussi souligner - ce que fait la WPATH - que cette concertation vise aussi à éviter d'aboutir à une impasse thérapeutique découlant ou d'un refus de consentement du psychothérapeute concernant la suite de THC, ou d'un manque de confiance du patient. Or, de manière un peu plus critique concernant ces recommandations de la WPATH, on ne peut manquer de souligner l'ambiguïté de ce contexte et de cette relation thérapeutique. En effet, à partir de ce mélange des rôles, il n'est pas impossible que le patient se sente contraint d'appliquer sans y adhérer ces dispositions prises en psychothérapie et cela, dans l'unique but de pouvoir - ou dans la crainte de ne pas pouvoir - accéder à la suite de la THC. Aussi, peut-on de même se demander si cette « collaboration » ne dépasse pas trop les limites d'un cadre psychothérapeutique « classique » pour permettre au patient d'en tirer de réels améliorations et bénéfices.

Ainsi, concernant ce problème et pour répondre par la même occasion au fait de ne pas traiter du sujet de l'identité sexuée revendiquée en psychothérapie, il semblerait plus juste et judicieux de répondre à ces questions par la neutralité bienveillante de la même manière que le faisait remarquer J. McDougall<sup>405</sup> sur la psychanalyse des analysants homosexuels, à savoir que la psychanalyse avec ces derniers ne doit ni avoir pour objectif d'aller à l'encontre de l'attirance sexuelle du patient, ni d'encourager celle-ci, et que le psychanalyste doit alors se défaire de tout attente et de tout apriori concernant l'orientation sexuelle de l'analysant. Cependant, on ne peut omettre que le cadre de la prise en charge psychothérapeutique des

---

<sup>405</sup> McDougall J. (1978), *op. cit.*

patients transsexuels comporte la particularité que le patient est engagé en parallèle (ou en complément) dans un autre traitement qu'est la THC. En effet, cette dernière prend alors la valeur d'un véritable tiers interférant dans la psychothérapie. A ce sujet, A. Oppenheimer<sup>406</sup> affirme que la THC agit dans la psychanalyse tel un *acting out* permanent. Ainsi, sans aller aussi loin que la psychothérapie proposée par la WPATH, Chiland<sup>407</sup> fait remarquer que dans les cas de prise en charge psychothérapeutique de patients transsexuels, il n'est pas toujours approprié de rester dans une position où l'on écoute sans intervenir si ce n'est pour interpréter, comme cela est habituellement le cas en psychanalyse. Il faut écouter les patients, investiguer leurs idées mais il est aussi parfois nécessaire de poser des repères de réalité notamment concernant la THC et ses résultats, ce qui ne peut pas ne pas déstabiliser la règle d'abstinence et la neutralité bienveillante.

Dans une juste mesure, il convient de garder à l'esprit les remarques issues des standards de soins de la WPATH. Certains de ceux-ci sont très pertinents, révèlent des éléments cliniques intéressants et témoignent d'une certaine expérience de prises en charge psychothérapeutiques des patients transsexuels, mais il est aussi nécessaire de ne pas en faire un guide psychothérapeutique prédéfini et rigide tout particulièrement en ce qui concerne les ambiguïtés de la relation entre les prescriptions de dispositifs thérapeutiques et la suite du déroulement de la THC. Le professionnel psychothérapeute en charge de la psychothérapie doit donc aussi connaître les critiques et les limites de ces recommandations.

### 3. 5. 3. L'extrême en psychanalyse et la prise en charge psychothérapeutique de patients transsexuels

Selon une approche psychanalytique et compte tenu de sa place dans les propositions de nouvelles pistes théoriques concernant le transsexualisme présentées dans la suite de ce travail, il convient ici de citer la conception de l'extrême en psychanalyse par F. Pommier, en vue d'un possible rapprochement de celle-ci avec le transsexualisme mais aussi de la prise en charge psychothérapeutique de ces patients

De manière succincte compte tenu que cette conception sera théoriquement abordée plus en détails dans la suite de ce travail, les situations extrêmes renvoient selon F. Pommier, à l'exploration des frontières de la psychanalyse en lien avec l'intimité du sujet et du rapport

---

<sup>406</sup> Oppenheimer A. (1992), *op.cit.*

<sup>407</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*, p. 140.

## La transformation hormonale et chirurgicale

qu'il entretient avec son psychothérapeute. Il s'agit d'états de détresse massifs obligeant le praticien qui reçoit en consultation d'une part, à abandonner ses schémas familiers de représentation et d'autre part, à faire travailler son système défensif le plus archaïque.

Selon F. Pommier<sup>408</sup>, il est possible de repérer plusieurs temps dans le traitement des situations extrêmes. Premièrement, il s'agit de tester le système défensif du patient en travaillant sur l'image qui l'habite et l'accompagne, en y cherchant le relief et l'ordonnement du discours. A partir de l'angoisse dérivée de la peur de cette image figée, immobile et inerte, le deuxième temps consiste ensuite à convertir cette image en une scène partageable arrêtée dans le temps et qui ne concerne dès lors non plus seulement le patient mais aussi le praticien. Puis lors d'un troisième et dernier temps où l'angoisse est alors dépassée et où le patient peut être déstabilisé et se trouver comme directement face à la dépossession et à l'informe, le praticien est alors lui-même en proie au vide. Il lui incombe dès lors de ne pas se dérober face à ce dernier mais au contraire, de s'y plier, de recevoir et faire face au vide et à l'informe en recourant à sa capacité plastique à être et devenir tel un matériau modelé et modelable.

Ainsi, selon F. Pommier<sup>409</sup>, dans la configuration des situations extrêmes, il se produit alors un phénomène d'oscillation entre l'ordinaire et l'extrême prenant la forme d'alternance entre des mouvements de construction et des mouvements de déconstruction chez chacun des protagonistes. Dans les moments où le récit du patient passe de l'extrême à l'ordinaire, ce récit passe au contraire pour le praticien de l'ordinaire à l'extrême. Le praticien doit alors engager au sein même de son for intérieur, un processus de transformation visant à donner une dimension métaphorique au récit du patient. L'interprétation renvoyant à la rencontre entre le praticien et son patient autour du signifiant, prend alors les caractéristiques d'une retrouvaille avec un Moi idéal c'est-à-dire avec un Moi expansé tout-puissant incluant l'autre, venant ressourcer à partir de l'intervention du praticien le narcissisme du patient et permettre dès lors l'engagement dans un processus de reconstruction.

---

<sup>408</sup> Pommier F. (2009a), L'extrême in Marty F. et coll., *Les grandes problématiques en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 145-160.

<sup>409</sup> Pommier F. (2009b), De l'extrême à l'ordinaire : mouvements de déconstruction et de construction de la cure in sous la dir. de Pommier F., *Figures ordinaires de l'extrême*, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 115-137.

En application à la prise en charge psychothérapeutique du transsexualisme, ces remarques sur l'extrême en psychanalyse peuvent au premier abord paraître abstraites voire un peu éloignées du terrain clinique concret de la THC. Or, au contraire, elles s'avèrent particulièrement pertinentes et fructueuses pour ce qui est à la fois de répondre aux problèmes de cette prise en charge exposés ci-dessus, et de manière générale à la clinique particulière du transsexualisme qui engage un discours et un parcours extraordinaires avec des difficultés et des transformations plus ou moins patentes appelant à un grand nombre de mouvements et remaniements internes tant chez le patient que du point de vue du psychothérapeute.

### **4. Après la transformation hormonale et chirurgicale : résultats et devenir des patients transsexuels**

Pour conclure cette partie sur le parcours de soins qu'est la THC, il convient maintenant d'aborder sa finalité à savoir non pas la dernière étape habituelle chirurgicale déjà abordée ci-dessus, ou encore l'étape juridique du changement d'état civil qui est elle aussi particulièrement importante dans le parcours de vie des patients transsexuels - bien qu'elle se situe en-dehors de la THC - mais les résultats auxquelles aboutissent cette transformation et que les patients acquièrent une fois celle-ci terminée, autrement dit, les résultats obtenus par recours à la THC sur le devenir des patients transsexuels.

Or, l'évaluation de l'évolution des remaniements au cours de la THC ainsi que celle des résultats finaux après ce parcours s'avèrent être une tâche particulièrement ardue. Concernant ce sujet, les travaux de A. Michel<sup>410</sup> font office de référence incontournable. Toutefois, avant de passer à la présentation des résultats de cette grande revue de la littérature, il est important de garder à l'esprit la remarque d'A. Michel selon laquelle, la réalisation d'une synthèse des résultats des différentes études portant sur ce sujet est très délicate compte tenu de la diversité d'une étude à l'autre concernant le recrutement, les outils d'évaluation, les variables analysées, ou encore la méthode d'analyse des données. Ainsi, pour organiser ce compte rendu laborieux de manière structurée, A. Michel regroupe les études selon le fait qu'elles portent sur une évaluation générale du devenir, sur l'évolution de la vie sociale, sur le devenir dans le domaine professionnel, sur le devenir sexuel, ou encore sur l'évolution du fonctionnement psychologique des patients transsexuels ayant eu recours à la THC. Néanmoins, malgré toutes ces difficultés quant à l'évaluation de la THC, on peut déjà relever

---

<sup>410</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

qu'à partir de cette revue de littérature, A. Michel conclut que de nos jours et de manière générale, les effets de la THC peuvent être considérés comme majoritairement positifs et ce, même si ces effets restent difficiles à démontrer.

### 4. 1. *L'évaluation générale et la qualité de vie*

L'évaluation globale des résultats de la THC est une tâche compliquée. Comme le fait remarquer A. Michel, pour ce faire, la plupart des études se sont attachées à évaluer la satisfaction par le moyen d'enquêtes auprès des patients opérés. Or, bien que ces enquêtes fournissent des résultats intéressants pertinents, et que ceux-ci rendent compte d'une certaine façon d'une amélioration de l'état des patients par rapport à avant la THC, on ne peut toutefois négliger la subjectivité de ces données et confondre totalement une satisfaction subjective et une amélioration de l'état général observée de façon plus objective.

Néanmoins, dans sa revue de la littérature, A. Michel<sup>411</sup> rapporte que le pourcentage de patients satisfaits est fortement majoritaire allant d'à peu près 75% des patients selon I. Pauly à plus de 90% selon R. Green et al. Par contre, il est ici important de souligner que l'étude des résultats « négatifs » est plus délicate que celle de la satisfaction. En effet, il est ici nécessaire de garder à l'esprit la distinction subtile entre une insatisfaction et un regret. L'insatisfaction peut être la conséquence de raisons diverses tels que des douleurs ou complications postopératoires, des résultats chirurgicaux insatisfaisants, une perte de travail, un départ du partenaire, une relation conflictuelle avec les proches... mais ne remet pas obligatoirement en question la volonté du patient de recourir à la THC. Par contre, le regret pour sa part, correspond au fait que le patient une fois opéré estime qu'avoir entrepris une THC était finalement un mauvais choix et affirme dès lors que s'il pouvait revenir en arrière, il ne commettrait pas cette erreur. Ainsi, concernant l'insatisfaction, elle serait présente après THC dans approximativement 10% des cas. De manière plus précise, selon R. Green et al., le pourcentage de patients MTF insatisfaits serait plus important que celui des patients FTM avec 13% contre 3%. Par ailleurs, il faut souligner que les premières satisfactions ou insatisfactions ne relèvent pas toujours d'un état stable. Ainsi, après l'opération de changement de sexe, la majorité des patients transsexuels connaît une période d'euphorie alors qu'au contraire d'autres passent par une phase d'insatisfaction passagère qui disparaît

---

<sup>411</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

dans les douze mois suivant l'opération. Ainsi, que ce soit concernant l'euphorie ou l'insatisfaction, l'état des patients s'apaise et se stabilise dans les un à deux ans après l'opération chirurgicale.

Par contre, concernant les regrets profonds et durables, à partir d'une revue de littérature importante regroupant ainsi entre 1000 et 1600 patients MTF, et entre 400 et 550 FTM - ces effectifs approximatifs sont dus au chevauchement des études de la littérature - Pfäfflin et Junge<sup>412</sup> recensent que le pourcentage de regrets serait de moins de 1% chez les FTM et de moins de 1,5% chez les MTF. Pour être plus précis, ces regrets se rapporteraient majoritairement à trois causes ou facteurs à savoir : une erreur de diagnostic avec des signes de psychose, une absence d'expérience en vie réelle et des résultats chirurgicaux décevants esthétiquement et/ou fonctionnellement.

Par ailleurs, pour rendre compte des résultats de la THC, les études regroupées par A. Michel tentent d'observer l'évolution des tendances suicidaires ainsi que le nombre de suicides chez les patients transsexuels. En effet, avant la THC, l'humeur dépressive et les pensées suicidaires sont élevées chez les patients transsexuels. Elles sont présentes chez au moins 20% des patients. Toutefois, cette observation est en partie biaisée du fait comme le constate A. Michel<sup>413</sup>, que les études de sa revue de littérature ne font pas suffisamment la distinction entre les risques de suicide, les tentatives de suicide et les suicides effectifs, ainsi qu'entre les causes de ces pensées et actes. Or, des tentatives de suicides peuvent être observées après la THC mais celles-ci seraient dans la majorité des cas dues à des soucis sentimentaux et à des complications chirurgicales, et non à un regret installé de façon durable. Ainsi, par exemple, dans le cas de complications chirurgicales, les tentatives de suicide s'arrêteraient une fois résolu ce problème relevant en partie de la technique. Concernant les suicides à proprement parler, ceux-ci sont peu présents dans les études de suivi des candidats à la THC. Il est relevé qu'ils concernent majoritairement les patients dont la candidature à la THC a été refusée. Par contre, après la THC, les études de suivi rapportent 1% à 2% de suicide chez les MTF et 0,5% à 1% chez les FTM. Ainsi, Pfäfflin et Junge en dénombrent après opération de changement de sexe, 16 sur l'ensemble des 1000-1600 patients MTF et des 400-550 FTM. De plus, selon eux, ces suicides ne doivent pas être systématiquement attribués

---

<sup>412</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

<sup>413</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*



## La transformation hormonale et chirurgicale

à la THC. Il s'agit aussi parfois de perte d'emploi, de difficultés dans la vie sentimentale ou encore d'erreurs ou de complications médicales non imputables à la THC.

Plus récemment, en parallèle du rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge de ces patients en France, les équipes hospitalières françaises ont entrepris une étude rétrospective des résultats de la THC chez les patients transsexuels suivis dans leurs services. Les premiers résultats de ces études par l'équipe du docteur Bonierbale de Marseille<sup>414</sup> concluent à une amélioration de la qualité de vie des patients après la THC. En effet, sur un échantillon restreint de 30 patients ayant terminé leur parcours de soins par THC :

L'entretien semi-directif montre une satisfaction subjective importante (28 patients très satisfaits et 2 moyennement satisfaits). Une importante majorité des patients expriment connaître une amélioration de leur qualité de vie au niveau social élargi (21/30) et sexuel (25/30). Par contre, les patients ne rapportent pas avoir vécu de changement concernant leur vie familiale (19/30), amicale (18/30) et sentimentale (19/30) ;

Les résultats au questionnaire de qualité de vie lié au domaine de la santé SF-36 sont généralement élevés et ne laissent pas entrevoir de dégradation significative tant du point de vue physique que mental. Une différence est toutefois constatée entre les patients MTF et FTM. Les patients MTF auraient moins de complications chirurgicales et seraient plus satisfaits au niveau sexuel alors que les FTM profiteraient d'améliorations plus importantes dans les domaines socioprofessionnel, amical et psychologique. Les résultats au SF-36 montrent en effet que les FTM ont une meilleure vie relationnelle, une meilleure santé psychique et se perçoivent globalement en meilleure santé que les MTF qui ont davantage tendance à éprouver dans leur vie quotidienne des limitations et un sentiment de gêne liés à leur état physique et émotionnel. Toutefois, ces résultats sont difficiles à interpréter. En effet, bien qu'ils soient interprétés par les auteurs comme validant l'hypothèse selon laquelle, les patients FTM seraient plus stables, mieux adaptés et présenteraient moins de perturbations pathologiques que les MTF, on ne peut exclure l'hypothèse que cette différence d'intégration dans la société pourrait aussi s'expliquer par des conditions d'insertion sociale plus favorables pour les FTM que pour les MTF et non uniquement par des capacités de l'individu à

---

<sup>414</sup> Parola N. et al. (2010), Etude de la qualité de vie chez des transsexuels après réassignation sexuelle, *Sexologies*, 19, 24-28

s'adapter. En effet, comme le font remarquer Kuiper et Cohen-Kettenis<sup>415</sup>, la féminité antérieure des FTM est généralement moins repérable dans la vie quotidienne après THC que la masculinité antérieure des MTF. Il n'est pas impossible qu'il en résulte chez les MTF un risque plus important de discrimination menant à l'exclusion et au rejet, ainsi qu'un sentiment de malaise interne du sujet plus important. De même, les résultats relatifs à l'amélioration des relations sexuelles et à la satisfaction du sujet concernant le résultat de la chirurgie de réassignation sexuelle qui seraient toutes deux plus importantes chez les personnes MTF ne sont pas surprenantes puisque d'une part, il semble que la première dépende étroitement de la seconde, et car d'autre part, la technique chirurgicale de construction d'un néo-vagin pratiquée chez les MTF semble mieux maîtrisée et plus aboutie que celle de construction d'un néo-pénis chez les FTM. Par ailleurs, dans l'optique d'une généralisation, ces résultats doivent être pris avec prudence compte tenu du petit effectif de l'échantillon de 30 patients transsexuels qui pour faire une comparaison entre patients FTM et MTF devient encore plus réduit de par sa division en deux sous-groupes de 15 sujets. Ainsi, si il semble possible de conclure que la THC apporte une amélioration de la qualité de vie aux patients transsexuels opérés, l'interprétation de ces résultats ainsi que la comparaison de l'amélioration de la qualité de vie selon le sexe anatomique d'origine doivent être réalisées avec beaucoup de précautions.

### ***4. 2. Au niveau social***

Au niveau social et relationnel, il a été constaté qu'après la THC, les personnes transsexuelles développeraient des relations sociales en plus grand nombre et de meilleure qualité<sup>416</sup>. Se sentant dès lors en adéquation quant à leur identité et leur corps, les patients sortiraient de leur isolement social et entreprendraient des activités auparavant évitées. Concernant cet aspect du devenir des patients après la THC, plusieurs facteurs s'avèrent importants.

Tout d'abord, le rapport du sujet avec son histoire personnelle dont le tournant pris par la THC est primordial. Le sujet est ici confronté à la difficulté d'assumer son passé auprès de ses proches et de gérer délicatement celui-ci dans ses nouvelles relations.

---

<sup>415</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

<sup>416</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

## **La transformation hormonale et chirurgicale**

De même, le degré plus ou moins conséquent de l'altération des relations familiales et amicales proches du sujet, joue un rôle important. Le rejet ou l'exclusion induits par une altération trop grande mettent en péril les chances d'une amélioration de l'insertion sociale en agissant alors directement à l'inverse de celle-ci, décourageant et handicapant ainsi le sujet pour ce qui est d'entreprendre et de développer de nouvelles relations.

Par ailleurs, concernant cette dimension du devenir, la crédibilité de la nouvelle apparence s'avère ici fondamentale. Plus le sexe d'origine du sujet reste décelable, plus l'insertion sociale est rendue compliquée et difficile à vivre.

En conclusion, à partir de un ou plusieurs de ces trois facteurs (ou causes), certains patients ne connaissent pas d'améliorations de leur vie sociale et souffrent alors d'une précarité de leurs contacts sociaux relatant la superficialité de ceux-ci et les limitations qu'ils y ressentent.

### ***4. 3. Au niveau professionnel***

Sur le plan professionnel, la situation des patients transsexuels ayant terminé le parcours de soins peut être considérée comme plutôt bonne. En effet, contrairement à une première idée répandue qui décrivait de manière plus ou moins erronée une très fréquente aggravation de la situation professionnelle avec des difficultés à retrouver un emploi, de réorientations forcées à un poste ou vers un nouvel emploi de niveau inférieur), selon Kuiper<sup>417</sup>, la majorité des patients opérés conservent leur emploi ou exercent une autre activité mais ne tombent pas dans un chômage de longue durée. Ainsi, après la THC, 71% des personnes MTF et 83% des FTM ont un emploi.

Concernant cet aspect du devenir, il faut souligner l'importance de la nature du travail du patient avant la transformation et la différence qui existe entre ce devenir chez les patients MTF et FTM. En effet, la probabilité de conserver son emploi est plus importante si la nature de celui-ci est en rapport avec le sexe désiré. D'autre part, il apparaît que les patients MTF sont plus sujet à subir une rétrogradation imposée par leurs employeurs, que les FTM qui au contraire auraient plus de chance de connaître une progression à un rang hiérarchiquement supérieur.

---

<sup>417</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

Cependant, de manière générale, pour ce qui est du niveau professionnel hiérarchique, il n'y aurait pas de véritable déclin. Seulement 13% des MTF et 12% de FTM ont connu une détérioration de leur statut après l'opération. A l'inverse, la situation professionnelle s'est améliorée pour une proportion non négligeable de patients - 42% des MTF et 48% des FTM - et elle est restée identique pour 40% des MTF et 37% des FTM. Ainsi, on peut conclure que dans une forte majorité des cas soit la situation professionnelle des patients opérés ne change pas, soit elle s'améliore.

### 4. 4. *Au niveau sexuel*

Concernant cet aspect, de par la sexualité particulière décrite dans les éléments cliniques, le transsexualisme a longtemps été considéré comme relevant d'une problématique hyposexuelle. Dans un fourvoiement un peu hâtif, le fait que les personnes transsexuelles n'accorderaient fréquemment pas d'intérêt à la sexualité et aux rapports sexuels, a été considéré comme un élément invariable et central primant sur le trouble de l'identité (allant même jusqu'à considéré que cet élément serait à l'origine de ce dernier trouble). Or, au contraire, lors du suivi des patients engagés dans le parcours de soins, on constate que ceux-ci accordent une grande importance à leur devenir sexuel postopératoire<sup>418</sup>. Ils se renseignent sur les techniques chirurgicales et cherchent le meilleur résultat esthétique et fonctionnel. La crédibilité « observable » de l'organe construit chirurgicalement est primordiale mais les patients ne s'intéressent pas qu'à l'apparence et aux fonctions urinaires. Celles-ci sont très importantes pour eux. Toutefois, ils désirent aussi que le résultat final leur permette d'une part d'avoir des rapports sexuels de qualité avec leur partenaire, mais d'autre part d'éprouver tant que possible un plaisir orgasmique. Ils considèrent même cette fonctionnalité de l'organe artificiel comme primordiale. Ainsi, les patients MTF se renseignent sur les techniques de construction du néo-clitoris à partir du gland et sur la profondeur du néo-vagin. De même, les patients FTM désirent autant que possible obtenir un néo-pénis de taille suffisante avec une fonction érectile par système de pompe ou par implantation d'une prothèse. Par ailleurs, cet investissement du devenir sexuel s'observe également à partir des effets de l'insatisfaction concernant cet aspect du devenir. En effet, à l'inverse, l'insatisfaction quant au résultat en comparaison aux attentes, est un élément affectant significativement le bien-être des patients.

---

<sup>418</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

A proprement parler, au sujet des résultats relatifs au plaisir sexuel obtenus, ceux-ci sont difficiles à estimer d'une part parce qu'il s'agit des récits subjectifs des patients opérés et d'autre part car dans les cas de difficultés, il est compliqué de faire la part entre la responsabilité incombant au résultat de la THC et celle relevant de la présence de facteurs personnels indépendants de l'opération chirurgicale de réassignation sexuelle. Il est toutefois possible de constater que les patients MTF racontent plus fréquemment éprouver du plaisir que les patients FTM ce qui peut être expliqué par le fait que la phalloplastie reste à l'heure actuelle une opération plus compliquée et moins au point que la vaginoplastie.

Néanmoins, de manière générale, les observations postopératoires « actuelles » tendent à conclure que la THC amène une amélioration qualitative et quantitative de la vie sexuelle et amoureuse des patients. Ces derniers rencontrent plus facilement des partenaires. Ils se sentent plus confiants et à l'aise dans des relations plus stables et équilibrées. Ils perçoivent leurs relations sexuelles de façon plus harmonieuse et celles-ci deviennent dès lors plus fréquentes, et cette amélioration est couramment expliquée par l'hypothèse de la mise en adéquation du corps et de l'identité sexuée.

### 4. 5. *Au niveau psychologique*

Le devenir psychologique des patients transsexuels est celui qui intéresse le plus ce travail de recherche. Or, force est de constater qu'il s'agit du devenir dont l'évaluation s'avère la plus difficile et dont les conclusions sont les moins claires et unanimes. Premièrement, comme le fait remarquer à juste titre A. Michel<sup>419</sup>, les travaux sur le devenir psychologique des patients transsexuels sont peu nombreux. De plus, les constitutions d'échantillon, les outils et les méthodes d'analyse de données sont souvent différents d'une étude à l'autre, et cela, au point que les résultats peuvent souvent être contradictoires voire strictement opposés à savoir que la THC n'aurait pas d'effet sur les patients transsexuels au niveau psychologique ou tout à l'inverse, qu'après celle-ci, les troubles psychopathologiques des patients diminueraient.

Il faut ici prendre en considération que les premiers travaux sur ce devenir semblent avoir été fortement influencés par la controverse sur la légitimité de recourir ou non à la THC. Ceci explique en partie le petit nombre d'études de cette dimension psychologique alors que

---

<sup>419</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

la définition même du transsexualisme renvoie explicitement à « *un sentiment constant d'inconfort psychologique quant à l'appartenance au sexe anatomique* »<sup>420</sup>. Ainsi, dans les premiers temps de la controverse, les partisans de la THC refusaient de voir et d'évaluer une dimension psychologique du phénomène assimilant une telle démarche à confirmer une prise en charge psychothérapeutique à laquelle ils s'opposaient. De leur côté, les opposants à la THC campaient sur la position que le transsexualisme relevait d'une psychopathologie de type psychotique qui ne pouvait qu'empirer avec la THC, et que les patients ne devaient donc être pris en charge et traités que par le recours à des psychothérapies. Ainsi, à partir du peu d'études sur le devenir psychologique des patients transsexuels, les résultats ont mené à une grande confusion avec des conclusions et extrapolations très variées et encore une fois contradictoires. Certaines études ne trouvant pas de changement au niveau psychologique étaient utilisées pour conclure que la THC n'apportant pas de bénéfice aux patients, il n'était dès lors plus justifié de la pratiquer, alors qu'avec les mêmes résultats d'absence de changement, d'autres auteurs argumentaient qu'il n'y avait dès lors pas lieu de la refuser, que le transsexualisme était sans lien avec un éventuel trouble psychopathologique et que la THC serait donc « sans risque » pour les patients transsexuels. De la même manière, les études montrant une différence au niveau psychologique étaient à la fois citées par les partisans pour prouver l'amélioration et légitimer le recours à la THC alors que les opposants y voyaient la preuve que le transsexualisme relevait de la psychopathologie et qu'il ne fallait pas autoriser la THC puisque qu'un trouble psychopathologique ne pourrait trouver de bonne solution ailleurs que dans une psychothérapie.

Dans ce contexte, dans les années 70, suite à la publication d'une étude de suivi réalisée par Meyer et Reter<sup>421</sup>, la très importante *John Hopkins Gender Identity Clinic* décide d'arrêter la pratique de la THC pour les patients transsexuels. Selon celle-ci, la comparaison sous l'angle d'une évolution psychologique sur trois ans, de trois groupes de patients (opérés, en attente de l'opération chirurgicale et refusés à la THC) ne montre aucune différence significative permettant de distinguer les groupes. Il est dès lors conclu que la THC n'apporte pas de bénéfice aux patients et sous l'influence des polémiques en rapport avec celle-ci, il est décidé d'arrêter les THC.

---

<sup>420</sup> APA (2004), *op. cit.*

<sup>421</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

Au contraire, d'autres études démontrent que la THC apporte une amélioration de l'état psychologique des patients transsexuels. Ainsi, en comparant des groupes de différents patients répartis selon le moment de la prise en charge - lors du diagnostic, de l'expérience en vie réelle et après opération chirurgicale - Mate-Kole et al.<sup>422</sup> ont mis au jour une influence positive de la THC sur le fonctionnement psychologique des sujets. Au test du Crown Crisp Experiential Index (CCEI, échelle de symptomatologie névrotique et anxieuse), les sujets opérés obtiennent des scores significativement plus bas que ceux des groupes Expérience en vie réelle et Phase diagnostique. Les patients opérés présenteraient moins de signes de dépression, d'anxiété flottante, de tendances à l'obsession, d'hystérie et d'anxiété somatique. Par ailleurs, les résultats montrent que les sujets du groupe expérience en vie réelle souffriraient moins de dépression et d'anxiété somatique que ceux du groupe Phase diagnostique. Par la suite, Mate-Kole et al.<sup>423</sup> entreprennent de comparer deux groupes de patients transsexuels en attente de l'opération chirurgicale - opération prévue quelques mois après pour le premier groupe et prévue plus tardivement pour le second - puis de revoir les sujets de ces groupes deux ans plus tard, les uns ayant subi l'opération de transformation alors que les autres étant toujours en attente de la chirurgie. Les résultats au premier temps de cette études montrent alors qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes lors de cette première évaluation où tous les sujets étaient dans une attente proche ou lointaine de l'opération. Par contre, des différences entre les deux groupes apparaissent lors de la deuxième évaluation, deux ans plus tard. Les patients opérés présentent alors une nette diminution des symptômes névrotiques en comparaison aux sujets toujours en attentes. Les résultats de ces deux études tendent donc à démontrer une évolution du fonctionnement psychologique au cours la THC. Allant dans le même sens, Fahrner et al.<sup>424</sup> constatent aussi chez les patients transsexuels des changements au niveau psychologique durant le parcours de soins avec des améliorations de l'humeur dépressive, de la stabilité psychologique, familiale et professionnelle mais cette fois-ci dès l'entrée des patients dans le parcours de soins. De même, plusieurs auteurs ont constaté une amélioration dès le commencement de l'expérience en vie réelle. Ces résultats positifs sont généralement expliqués par deux éléments. Premièrement, la reconnaissance du syndrome qui justifierait et autoriserait le port du vêtement du sexe opposé engendrant ainsi une diminution de la dépression et de l'anxiété.

---

<sup>422</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

<sup>423</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

<sup>424</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

## La transformation hormonale et chirurgicale

Puis, deuxièmement, la certitude d'être opéré qui procure un soulagement aux patients. Ces deux éléments auraient donc des effets bénéfiques dès les premiers temps du parcours mais ceux-ci disparaîtraient tous deux si l'opération ne devait finalement pas avoir lieu.

Pour leur part, Pfäfflin et Junge<sup>425</sup> entreprennent d'étudier les facteurs intervenant au cours de la THC et menant à la réussite de celle-ci. Ainsi, la réussite de la THC dépendrait de plusieurs facteurs concrets jouant un rôle dès la phase diagnostique - conserver un contact avec le centre de soins, vivre dans le rôle désiré, recevoir une hormonosubstitution et bénéficier d'un suivi psychologique - mais aussi pendant et après la transformation chirurgicale - obtenir une intervention chirurgicale de qualité puis un changement d'état civil. Ainsi, selon ces auteurs, lorsque que tous ces éléments ont pu être mis en place, il est probable que l'adaptation des patients à leur nouvelle identité réussisse et que dès lors puisse être constatée une diminution notable des troubles émotionnels liés à la problématique transsexuelle.

Par ailleurs, il faut ici citer les recherches basées sur des tests psychologiques qui ont été menées. Toutefois, comme le fait remarquer A. Michel<sup>426</sup>, celles-ci comparant des résultats avant et après opération, sont rares.

Ainsi, A. Michel ne rapporte que trois études utilisant le MMPI pour observer d'éventuels changements au niveau du profil psychologique des patients transsexuels avant et après opération chirurgicale. Or, les résultats de ces travaux ne montrent pas de changements importants.

De même, l'auteur ne compte que trois travaux (dont son étude) utilisant le test projectif du Rorschach selon la méthode intégrative d'Exner pour comparer des protocoles de patients transsexuels avant et après THC. Comme pour le MMPI, les résultats de ces études ne montrent ni de modifications de la personnalité ni du mode de fonctionnement psychologique des patients.

Dès lors, selon ces tests psychologiques de type psychométrique pour le MMPI et de type projectif, pour le rorschach, la THC paraîtrait ne pas engendrer de changement de la personnalité chez les patients après l'opération de réassignation sexuelle.

---

<sup>425</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

<sup>426</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*



## **La transformation hormonale et chirurgicale**

Avant de conclure cette sous-partie sur le devenir des patients transsexuels après THC et par la même, la partie consacrée à la THC, il est nécessaire de souligner qu'hormis la rareté de ces travaux, force est de constater la contradiction entre les résultats des différentes études. Premièrement, concernant les études dont les résultats ne montrent pas de changements au niveau psychologique après la THC, une réflexion doit être engagée sur la méthodologie et les outils de ces différents travaux. En effet, compte tenu des changements notables aux niveaux social, professionnel et sexuel, rapportés par d'autres recherches, il est douteux que seule la dimension psychologique ne connaisse aucun remaniement et cela, que ce soit dans le sens d'une cause ou d'un effet de ces autres modifications. Ainsi, il semble donc probable que les outils et méthodes d'analyse des résultats aient une part de responsabilité en ne permettant pas d'évaluer les changements au niveau psychologique des patients transsexuels après THC. Sans chercher absolument à psychologiser le phénomène transsexuel, on retrouve ici le vieil adage selon lequel absence de preuves n'est pas preuve d'absence.

Ainsi, tant au niveau purement théorique comme il l'a été exposé dans la partie sur l'approche psychanalytique du transsexualisme que sur le plan empirique de l'évaluation par le recours aux tests psychologiques, le transsexualisme reste difficile à cerner au niveau psychologique et psychique. De nos jours, comme il l'a été fait remarquer ci-dessus, la virulence de la controverse opposant THC et psychothérapie s'est atténuée. Le recours à la THC est mieux accepté et l'intérêt de lui ajouter en parallèle une psychothérapie est aussi reconnu comme le stipule les standards de soins de l'HBIGDA (rebaptisée WPATH). Ainsi, il est probable que le nombre d'études sur l'évolution au cours de la THC et le devenir des personnes transsexuelles opérées augmente et que l'interprétation de leurs résultats puisse se faire en dehors d'une polémique exacerbée. Par ailleurs, concernant la perspective théorique, de nouvelles pistes pour une approche psychanalytique semblent nécessaires et vont être proposées ci-dessous. Dès lors, ces propositions seront par la suite testées par le recours au test de personnalité du MMPI-2 puis par les tests projectifs du Rorschach et du TAT dont les protocoles seront ensuite analysés selon la méthode psychanalytique de l'Ecole de Paris compte tenu de l'orientation psychanalytique de ce travail et des propositions théoriques qui y sont faites.

## **La transformation hormonale et chirurgicale**

## **La transformation hormonale et chirurgicale**

## **IV. Nouvelles perspectives sur le transsexualisme et l'identité sexuée : vers une approche transversale**

Cette large présentation du transsexualisme selon différentes approches suivie de celle de la transformation hormonale et chirurgicale, dévoile toute la complexité de ce phénomène. Le transsexualisme ne se laisse pas cerner et ne saurait être restreint à une approche.

L'approche neurobiologique du transsexualisme progresse et propose des résultats de plus en plus pointus. Cependant, elle laisse transparaître la référence à une définition de l'identité découlant d'une approche uniquement physiologico-comportementale ne permettant pas de rendre compte de phénomènes aussi complexes que la conviction, le sentiment d'identité personnelle ou encore de vécu subjectif. De même, son déterminisme unilatéral fortement présumé a tendance à exclure les approches socioculturelle, psychosociale et psychique dont les rôles s'avèrent indéniables et qui pour leur part, apportent des éléments de réponse quand à la dimension subjective qui lui fait défaut. Or, le phénomène transsexuel a au contraire mis en avant l'importance de cette dimension dans l'identité sexuée. En cela, si les résultats de cette approche restent intéressants, celle-ci reste dans l'échec quant à la question d'une origine du transsexualisme mais aussi de l'identité sexuée chez l'être humain.

Pour sa part, l'approche socioculturelle a permis de mettre au jour le point tout aussi novateur que complexe, de l'influence de l'interaction psyché/socius sur la construction de l'identité mais aussi du vécu du corps sexué. Hormis, les points relatifs au débat idéologique ainsi que la primauté accordée au socioculturel sur l'individuel, cette nouvelle perspective se révèle particulièrement pertinente concernant l'investigation du transsexualisme du fait que ce dernier s'inscrit à la limite entre les transformations socioculturelles et la subjectivité. Cependant, il est nécessaire de souligner une limite résultant de la méthode de cette approche. En effet, paradoxalement, c'est à la fois de par sa méthode d'analyse déconstructiviste que celle-ci a pu dégager cette perspective, mais c'est aussi par cette même déconstruction que l'on tend vers une possible impasse. En effet, procédant par cette méthode, le genre a été déconstruit pour être analysé et éclairé mais il a aussi par la suite été défait. Ainsi, après avoir été considérée comme secondaire par rapport au genre social prenant le premier rôle, la différence des sexes a aussi pâti de la déconstruction, de la réduction et de la remise en question de la légitimité de celui-ci. Or, brièvement, le phénomène transsexuel se réfère à la différence des sexes et la différence des sexes n'existant plus, il n'y aurait alors plus de

## Nouvelles perspectives

phénomène transsexuel. Dès lors, là où le déconstructivisme a permis de dépasser certaines limites du structuralisme, il faut penser à une nouvelle approche permettant d'aller au-delà de celui-ci.

Enfin, concernant le point de vue psychanalytique, celui-ci se retrouve vis-à-vis du transsexualisme dans une position plus qu'ambivalente. Face à ce phénomène, la psychanalyse devrait avoir une place privilégiée de par la place centrale qu'elle accorde à la subjectivité et son postulat de base que l'être humain n'est pas maître de ses pulsions. De même, le transsexualisme dévoile l'importance de la dimension psychique pour ce qui est de la construction de l'identité sexuée. Cette dernière pouvant dépasser le corps organique. Pourtant, la psychanalyse reste face à un défi, voire même au moins partiellement mise en échec. Le discours et la démarche des patients transsexuels ne laissent aucune place à l'Inconscient et à la réalité interne fantasmatique. De même, l'apaisement possible de la problématique transsexuelle par la THC renvoyant au Conscient et à la réalité matérielle, résonne tel un désaveu de ceux-ci. De manière succincte et même « naïve », on peut résumer cette situation à un phénomène psychique trouvant sa solution dans le concret, en-dehors du psychique. Par ailleurs, il est impossible de ne pas mentionner le constat que l'approche structurale de la psychopathologie analytique semble dépassée par le phénomène transsexuel. Ce dernier reste un défi, si ce n'est une impasse, dévoilant en quelque sorte les limites de ce domaine.

Ainsi, quel que soit la perspective, le transsexualisme appelle à aller plus loin, au-delà car se situant à la limite de tout. En cela, dans un premier temps, prenant comme point de départ l'hypothèse que le transsexualisme relèverait d'une organisation limite, il peut être avancé par le dépassement de cette approche psychopathologique structuraliste que plus qu'une organisation et un fonctionnement, le transsexualisme est intrinsèquement un « phénomène limite »<sup>427</sup>. Cette idée était déjà en partie présente de manière sous-jacente dans l'affirmation de A. Oppenheimer<sup>428</sup> qui définit le transsexualisme comme trans-

---

<sup>427</sup> Idée suggérée en 2005, par J. J. Marchand lors d'une conversation privée portant sur l'hypothèse d'un diagnostic d'organisation limite chez les patients transsexuels. J. J. Marchand (érudit et critique d'art et de littérature) avait alors soulevé la question que cette hypothèse était peut-être insuffisante pour rendre compte de l'ampleur du phénomène qui à la limite de tout, s'avérait peut-être mieux défini selon un sens plus large de « phénomène limite ».

<sup>428</sup> Oppenheimer A. (1996), *op. cit.*

nosographique, et aussi dans celle de Chiland<sup>429</sup> qui le pose comme défi pour la psychanalyse et la nosologie traditionnelle car se situant à la limite de tout. Par l'élargissement de cette notion à une autre dimension, il est envisagé un retournement. Le transsexualisme n'est plus le produit d'une entité psychotique, perverse ou état limite. Il n'est plus « organisé par » mais « est par essence » limite, au-delà des références à la psychopathologie structuraliste. La limite devient une caractéristique du phénomène. Cette nouvelle utilisation du concept de limite comme caractéristique et non comme référence souligne que le transsexualisme se situe à la limite entre normal et pathologique mais aussi entre la psyché et le corps, entre le fantasmatique et le matériel, et entre l'individuel et le sociétal.

Mais cette nouvelle piste en a appelé une autre. La limite devenue concept suggère plutôt que l'instabilité, les passages, les traversées, les va-et-vient au-delà non plus de la limite mais des limites. Le phénomène transsexuel tant au niveau individuel que social, psychique que corporel, fantasmatique que matériel doit être conçu comme étant en évolution, en mouvement. La THC est un « parcours de soins » mais celui-ci s'inscrit dans un parcours de vie qui se joue et évolue à la fois au niveau subjectif, dans la vie privée et sur la scène publique.

Pour illustrer cette évolution du phénomène transsexuel, il est intéressant bien que cela puisse paraître trivial, de situer celle-ci selon une familiarité avec la littérature de l'irréalisme, de reprendre cette évolution du discours et de la perception du transsexualisme aux niveaux personnel et collectif pour la situer dans les différents courants de cette littérature. Ainsi, à l'origine, le thème transsexuel pouvait être considéré comme renvoyant à un récit de type fantastique, merveilleux et étrange. Il apparaissait comme surnaturel et inexplicable. Avec les découvertes en endocrinologie et les progrès des techniques en chirurgie réparatrice et esthétique, ce récit a changé quant au vœu. Par cette réponse du corps médical, il s'est défait du surnaturel pour s'inscrire dans une réalité concrète. En cela, les premières tentatives mais aussi les premières mises en œuvre - à l'époque encore rares et exceptionnelles - de transformation hormonale et chirurgicale ne sont pas sans rappeler le roman de science-fiction qui se base et se structure sur des hypothèses issues de connaissances ou phénomènes contemporains pour créer une intrigue fondée sur les conséquences du progrès et de l'évolution de ceux-ci dans un futur lointain. De nos jours, le transsexualisme sans être

---

<sup>429</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

## Nouvelles perspectives

devenu banal, a perdu une part de son caractère exceptionnel. Il conserve son caractère extrême mais son existence ainsi que celle de la THC sont relativement bien connues du public. Le transsexualisme ne relève en quelque sorte plus du surnaturel ni d'un futur hypothétique. Il a acquis une réalité matérielle sociale et est dès lors ancré dans notre monde et dans notre époque. En ce sens, son récit est passé dans le roman d'anticipation sociale, genre littéraire dérivé de la science-fiction dont C. Palahniuk, B. Ellis, A. Nothomb et M. Houellebecq peuvent être considérés comme les auteurs phares aux Etats-Unis et en France . Le roman d'anticipation sociale a cette particularité de reprendre de la science-fiction les mêmes problématiques politiques, scientifiques, éthiques ou existentielles contemporaines de façon exacerbée mais en même temps de s'en différencier en situant celles-ci dans le présent et en y octroyant un autre rôle à ses personnages. Ainsi, alors que les protagonistes du roman de science-fiction évoluent en tant que grain de sable dans les rouages d'une mécanique et dans un cadre dénonçant une problématique agissant telle une machine, le ou les personnages principaux du roman d'anticipation sociale sont à la fois les acteurs et les témoins des mutations sociales. Leur destin personnel a une valeur symbolique. Leur simple vie d'individu est comme mélangée avec l'histoire collective et devient alors porteuse d'un sens qui les dépasse, ce qui semble rendre compte de l'évolution de l'actualité du phénomène transsexuel à la fois mis en avant sur une scène sociopolitique et se jouant en même temps dans le théâtre privé de la vie de l'individu.

A partir de cette remarque puis de cette illustration, une réflexion s'est imposée sur une nouvelle approche pouvant être nommée « transversale » car ayant pour objet principal d'étude « la traversée », le mouvement de passage de la limite non plus du normal et du pathologique mais de l'extrême et de l'ordinaire, mais aussi transversale parce que cherchant à penser et à rendre compte de la subjectivité en la situant au carrefour des mouvements du corporel, du socioculturel et de l'intrapsychique. Par cette approche transversale, il peut être envisagé de continuer et d'approfondir les travaux issus des approches structurale et déconstructiviste sans se voir limité par les règles de la structure ou se retrouver dans l'impasse de l'aboutissement de la déconstruction. L'approche transversale les prend donc pour référence bien qu'elle s'en distingue. Tout en tentant d'apporter une explication au transsexualisme par celle-ci, il reste encore à donner corps à une telle approche. Ainsi, les éléments présentés ci-dessous ne sont que des premières propositions de pistes pour une élaboration à venir plus aboutie permettant d'expliquer le phénomène transsexuel mais aussi la sexuation et d'autres phénomènes « transversaux ».

Compte tenu de la place centrale accordée à la subjectivité au sein de cette approche, la psychanalyse est mise à la base de celle-ci, du fait de la place centrale qu'elle accorde au discours du sujet et de sa conception de l'humain n'étant pas maître de lui-même. Le point de départ ayant mené à cette approche transversale étant le dépassement de l'organisation limite, il est alors impensable de ne pas présenter les travaux d'A. Green<sup>430</sup> qui à partir de cette entité a érigé la notion de limite au rang de concept. Une fois ceux-ci présentés, il sera alors exposé les notions d'extrême et d'ordinaire selon F. Pommier<sup>431</sup>, qui permettent d'introduire la notion de mouvement et de traversée et ce, d'autant plus que celles-ci prennent une certaine distance avec la pathologie sans pour autant l'exclure. Puis un éloignement sera pris quant aux travaux et conceptions de A. Green, par le recours aux pulsions de vie et de mort conçues comme « essentiellement » sexuelles selon Laplanche<sup>432</sup>. Ce point de vue marquant sa différence par une mise au second plan du somatique, remplaçant celui-ci par le primat de l'Autre dans la genèse des pulsions lors de la séduction généralisée. Ensuite, sera présentée la topique de l'Inconscient clivé de C. Dejours<sup>433</sup> qui d'une part, introduit le rôle de la rencontre de la réalité de l'autre dans le fonctionnement psychique mais aussi permet de rendre compte d'une autre partie de l'Inconscient ne s'exprimant pas selon les voix classiques du refoulement et du retour du refoulé. Puis en dernier lieu, la réalisation pulsionnelle par la perception de C. Dejours<sup>434</sup> sera proposée pour mettre au jour ce que cet auteur conçoit comme un destin non pathologique de la pulsion de mort se jouant tout autant sur la scène psychique amentale que dans la réalité matérielle.

### **1. Le transsexualisme et la limite comme concept, à partir des travaux d'A. Green**

A partir de la clinique des cas-limites, A. Green entrevoit que la notion de limite porte en elle un potentiel allant au-delà de l'entité pathologique. Il entreprend alors de développer cette notion pour l'élever au rang de concept.

---

<sup>430</sup> Green A. (1976), *op. cit.*

<sup>431</sup> Pommier F. (2009a), *op. cit.*

<sup>432</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>433</sup> Dejours C. (2001a), La troisième topique in *Le corps d'abord*, Paris, Payot, 83-124.

<sup>434</sup> Dejours C. (2001b), La pulsion de mort in *Le corps d'abord*, Paris, Payot, 125-146.



## Nouvelles perspectives

*« Il faut donc considérer la limite comme une frontière mouvante et fluctuante, dans la normalité comme dans la pathologie. La limite est peut-être le concept le plus fondamental de la psychanalyse moderne. On ne doit pas le formuler en termes de représentation figurée, mais en termes de processus de transformation d'énergie et de symbolisation (force et signification). »<sup>435</sup>*

Sans la mettre au premier plan, A. Green s'approche de la traversée de cette limite en parlant d'une frontière mouvante et fluctuante dans la normalité comme dans la pathologie et aussi de processus de transformation d'énergie et de symbolisation.

Pour définir la limite en tant que concept, il souligne qu'il ne faut pas se méprendre. Selon cette perspective, la limite ne correspond plus à une simple ligne de démarcation comme l'entend l'usage courant du terme. En référence à son usage quant à la folie, elle prend une nouvelle dimension plus subtile. Selon celle-ci, elle renvoie alors de manière tout de même paradoxale à un vaste territoire dépourvu de marquages précis et cherchant pourtant à délimiter la folie de la non-folie, la psychose de la névrose. Pour A. Green, c'est ce passage de la limite d'une ligne nette et précise à un territoire flou qui oblige justement à une théorisation de l'objet « limite ». Pour mener à bien cette entreprise, A. Green décline ce concept selon une perspective métapsychologique avec une schématisation rendant compte du travail de la pensée par rapport à deux axes formant une double limite<sup>436</sup>, puis selon une seconde perspective reprenant la définition freudienne de la pulsion comme concept-limite pour en faire une référence.

Concernant la double limite, d'un point de vue schématique, la première limite à se mettre chronologiquement en place marque la différence entre le dedans et le dehors, entre l'interne et l'externe. Sous l'influence des mouvements d'incorporation du bon et d'excorporation du mauvais répondant au principe de plaisir-déplaisir, cette première distinction va alors évoluer vers l'établissement de la première limite dedans/dehors. La circulation de part et d'autre de celle-ci qu'A. Green pose comme verticale, nécessite donc une certaine consistance et un niveau de structuration suffisant de celle-ci. Ensuite viendrait alors la seconde limite située au sein même du dedans tel un axe horizontal, perpendiculaire à la première - uniquement de son côté interne - et qui permettrait la séparation des systèmes Préconscient-Conscient de l'Inconscient qui pour ce dernier ne répond qu'au principe de

---

<sup>435</sup> Green A. (1976), *op. cit.*

<sup>436</sup> Green A. (1982), *op. cit.*

plaisir<sup>437</sup>. Ainsi, cette double limite permet selon la première de rendre compte de la distinction entre les réalités interne et externe mais aussi selon la seconde au sein même de la réalité interne, de la différence entre la réalité interne consciente et la réalité intrapsychique inconsciente. De même, cette schématisation à deux limites renvoie aussi à deux types de fonctionnement de l'appareil psychique. La réalité interne dans sa partie Préconscient-Conscient de par sa relation à la réalité externe obéit à la fois au principe de plaisir-déplaisir et à celui de réalité. Dans la négociation entre ceux-ci, ce secteur intermédiaire engage alors l'action des processus secondaires. D'autre part, au niveau de la division de la réalité interne, l'Inconscient ne connaît que la recherche de plaisir et est régi par les processus primaires, empêché au niveau de la seconde limite horizontale pour que les principes de plaisir-déplaisir et de réalité qui agissent dans la partie Préconscient-Conscient soient respectés. Pour conclure concernant ce schéma, A. Green situe les processus de penser au croisement de ces deux limites ce à quoi il ajoute que ce point de connexion du schéma correspond à l'endroit où il pense pouvoir placer ce qu'il a nommé les processus tertiaires dont la fonction est d'instituer un échange entre les processus primaires et secondaires mais aussi le entre le dedans et dehors.

En réponse au travail de Brusset<sup>438</sup> sur la métapsychologie des liens comme élément d'une troisième topique – en partie influencé par la double limite – A. Green<sup>439</sup> précise qu'il souhaitait avec le concept de limite et par la double limite, proposer un modèle rendant compte d'une interface articulant intersubjectif et intrapsychique, ce qu'il reconnaît de le travail et le prolongement de Brusset qui montre pour sa part comment la limite est une interface, lieu d'échanges et d'élaboration transitionnelle. Succinctement, comme le font remarquer Pirlot et Cupa<sup>440</sup>, par la double limite, « *deux champs se trouvaient définis, l'intrapsychique, au-dedans, résultant des relations entre les parties qui le composent, et l'intersubjectif, entre le dedans et dehors, dont le développement comprend la relation à l'autre.* »

---

<sup>437</sup> Voir la représentation schématique de ce modèle proposée en Annexe.

<sup>438</sup> Brusset B. (2006), Métapsychologie des liens et troisième topique, *Revue française de psychanalyse*, 5, Vol. 70, 1213-1282.

<sup>439</sup> Green A. (2009), Le tournant de l'an 2000, *Unité et diversité des pratiques psychanalytiques*, Paris, PUF, 229-247, p. 246.

<sup>440</sup> Pirlot G. et Cupa D. (2012), De la limite à la double limite : état-limite et folie privée in *André Green, les grands concepts psychanalytiques*, Paris, PUF, 93-100, p. 99-100.

## Nouvelles perspectives

Le second élément de la conceptualisation de la limite est une reprise de la définition freudienne de la pulsion :

*« Le concept de pulsion » nous apparaît comme un concept-limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychisme en conséquence de sa liaison au corps. »<sup>441</sup>*

A partir de celle-ci, A. Green relève que la pulsion est un concept mais surtout explicitement définie comme « concept-limite » du fait qu'elle est à la limite entre deux domaines que Freud oppose à savoir le psychisme et le somatique. Selon la théorie freudienne, ces deux domaines sont opposés mais aussi liés. La frontière qui les sépare est mal définie. Or, c'est à cet endroit imprécis que se situe la pulsion en tant que processus de passage. Pour Freud, la pulsion est la représentante psychique des excitations issues du corps et c'est cette progression - de force variable - des excitations internes du corps vers le psychisme qui entraîne une exigence de travail. En cela, A. Green pose la pulsion comme paradigmatique d'un concept de limite c'est-à-dire comme processus de passage entre deux domaines ne connaissant pas de frontières nettes et précises. Ainsi, ni le corps, ni la psyché, ni la pulsion elle-même n'ont de limite permettant de suffisamment les isoler et les identifier.

Avant de faire une mise en rapport de cette théorisation de la limite et du transsexualisme, il faut souligner que quelque soit la perspective d'A. Green pour conceptualiser la limite, ce dernier a fait référence à une traversée : processus de passage entre deux domaines pour la pulsion et rôle d'échangeur entre dedans/dehors et processus primaires/secondaires pour les processus tertiaires.

Par le transsexualisme, cette théorisation de la limite prend toute son ampleur. Le transsexualisme expose particulièrement ce carrefour des limites. Toutefois, il ne se contente pas de se laisser appliquer cette théorisation. Il la questionne voire même la déstabilise.

Ainsi, pour ce qui est de la pulsion comme concept-limite entre corps et psyché, de l'idée de la pulsion comme représentante de l'excitation somatique au niveau psychique, le discours transsexuel mais aussi le vœu incarné par la THC semble plutôt bousculer cette

---

<sup>441</sup> Freud S. (1915), Les pulsions et leurs destins in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, p 18.

conception qu'en rendre compte. De même, ceux-ci peuvent paraître mettre à mal la représentation schématique du travail de penser selon la double limite.

Plus précisément, concernant la pulsion, la dichotomie corps/psyché de la problématique transsexuelle ainsi que celle identitaire allant à l'encontre du corps sexué et de ses excitations semblent difficilement assimilables tant corps et psyché s'opposent mais sont aussi tous deux déniés par la mise en avant du Conscient et de la réalité concrète de la THC. Envisagé le thème transsexuel comme une expression de la pulsion de mort et de l'agressivité sur le corps sexué du sujet laisse entrevoir une nouvelle piste ce qui n'est pas sans rappeler l'écrasement pulsionnel par le narcissisme primaire et par l'abolition de la différence des sexes, du fantasme du genre neutre de A. Green<sup>442</sup>. D'ailleurs, dans la continuité de A. Green et du fantasme du genre neutre, G. Diatkine<sup>443</sup> vient poser la question à savoir que le phénomène transsexuel dans son cheminement identificatoire sous l'influence de la pulsion de mort, ne peut-il pas éclairer l'énigmatique lien entre identité et violence inévitablement constaté chez tout un chacun ? Cependant, reste alors à resituer la THC dont les résultats sont potentiellement positifs et ce, de manière plutôt durable.

De même, ces deux éléments de la problématique transsexuelle paraissent attaquer de toutes parts le schéma de la double limite. Par ceux-ci, on ne retrouve pas le fonctionnement commun décrit par A. Green et habituel à l'approche psychanalytique. Pour ce qui est de la première limite dedans/dehors appelée à devenir réalités interne/externe, la réalité externe est à la fois surinvestie pour ce qui est du caractère matérialiste de la THC considérée comme seule solution mais cette même réalité externe se voit aussi totalement dévalorisée pour ce qui concerne la réalité du corps sexué désavoué. Ce paradoxe concernant la réalité externe provient de la réalité interne surinvestie comme seule vérité. Mais là encore, au niveau de la seconde limite, l'approche analytique classique que l'on retrouve dans la double limite est mise à mal car c'est la réalité interne consciente qui est mise au-dessus de tout comme si la réalité psychique inconsciente n'était pas digne d'intérêt voire même n'existait pas.

---

<sup>442</sup> Green A. (1973), *op. cit.*

<sup>443</sup> Diatkine G. (2008), Pulsion de mort et identité de genre in *Image du père dans la culture contemporaine : hommages à André Green*, Paris, PUF, 341-355.

## Nouvelles perspectives

Ainsi, par cette théorisation de la limite, la définition du transsexualisme comme phénomène limite prend toute son envergure mais cette illustration dévoile une nécessité d'aller plus loin.

### **2. Le transsexualisme et la sexuation, extrême et ordinaire, à partir des travaux de F. Pommier**

Par le recours au concept de limite selon A. Green, la définition du transsexualisme en tant que phénomène limite a été précisée. Cependant, malgré cette nouvelle perspective, les impasses persistent et il est donc nécessaire de persévérer dans l'investigation de ce phénomène selon de nouvelles pistes. Dans la poursuite de cet objectif, il convient de prendre un nouveau tournant en se dégageant du concept de limite pour insister sur le processus de mouvement, de traversée de la limite. Pour ce faire, les définitions non figées de l'extrême et de l'ordinaire selon F. Pommier permettent d'accéder à un nouveau point de vue.

Selon F. Pommier, sur un plan clinique, l'extrême aborde le problème de l'intrication entre le fonctionnement limite et le fonctionnement psychotique. Le caractère extrême se construit dans le rapport qui s'instaure entre les forces de vie et les forces de mort. Toutefois, l'extrême ni ne se définit, ni ne se laisse restreindre à la folie. De façon en partie contradictoire à son sens courant, il est plutôt à concevoir comme le dernier rempart avant la décompensation<sup>444</sup>. L'extrême rend compte d'une position dans laquelle le sujet se trouve confronté à quelque chose qui excède ses capacités de résistance ou de négociation. Cette clinique est donc proche de celle des processus limites bien qu'elle s'en différencie du fait que ce caractère extrême met l'accent sur l'aspect situationnel intrinsèquement particulier mais aussi ponctuel. Ainsi, le phénomène extrême ne relève pas que d'une organisation psychique particulière. Dans l'extrême, les patients oscillent entre névrose et psychose sans pour autant être des états-limites<sup>445</sup>. Il ne s'agit pas d'une organisation stable dans une structure instable ce qui correspond à la définition classique du fonctionnement limite. Il s'agit d'une oscillation, de mouvements de passage, de va-et-vient, de traversée entre l'ordinaire et l'extrême. Selon F. Pommier<sup>446</sup>, s'il fallait garder une référence à l'approche nosographique,

---

<sup>444</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>445</sup> Pommier F. (2009a), *op. cit.*

<sup>446</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*, p. 46-47.

on pourrait alors citer la notion de transpsychose de A. Gorceix<sup>447</sup> où le préfixe « trans » de par son double sens spécifie le passage « à travers » et « au-delà » de la psychose. Au contraire d'une décompensation psychotique « classique » délirante ou démentielle, la transpsychose serait une névrose manquée et une psychose impossible, un dépassement de la folie dans lequel le sujet entretient des rapports étranges et particuliers avec son corps, son temps et sa mort. La psychose est alors effacée et invisible car refusée et dépassée. En référence au passage à l'acte suicidaire, la transpsychose rend compte d'un état insupportable et irréversible face auquel la précipitation vers la mort apparaît comme seule solution pour le sujet. Le corps est alors menacé jusqu'à l'(auto-)agression et les intérêt et le sens de la vie sont comme perdus. Seule reste alors la mort qui dans un défaut de parole ne se dit pas mais se montre<sup>448</sup>. Face à un manque d'anticipation, le sujet « transpsychotique » se donne alors la mort « dans la précipitation » avant d'avoir pu devenir fou de douleur ou avant que cette dernière ne s'accumule en lui. Ainsi, partant de ces remarques, la distinction subtile entre les concepts de limite et d'extrême semble spécifiquement illustrer ce passage d'une approche structurale à une approche transversale.

De même, plutôt qu'être contenté à un élément d'une telle approche, l'extrême prend la place vis-à-vis de celle-ci d'un fondement, d'une pièce maîtresse. Il se réfère à la psychopathologie mais ne se limite pas à cette dernière et surtout prend une certaine distance quant à l'anormalité et la pathologie. Il est envisagé de manière plus globale dans le cadre de la psychopathologie de la vie « quotidienne<sup>449</sup> » en général, autour du rapport que le sujet entretient avec lui-même et/ou avec l'autre, et dans l'exploration des frontières et des territoires. F. Pommier précise les mouvements affectifs de l'extrême ne sont pas forcément spectaculaires. Au contraire, ils peuvent être très contenus et intérieurs. Le caractère extrême vient de l'idée que la mort, la crainte d'anéantissement ou encore l'abandon sont présents. L'individu est alors replié dans sa solitude, aux confins de lui-même. Le travail psychique est sidérée et les instances psychiques sont comme à l'arrêt<sup>450</sup>. Le sujet est ou comme en panne psychique, ou en proie à des angoisses indicibles. Les figures extrêmes se situent sur un

---

<sup>447</sup> Gorceix A. (1990), Trans-psychose in Haroche M.-P. (sous la direction), *L'âme et le corps, philosophie et psychiatrie*, Paris, Plon, 15-48.

cité dans Pommier F. (2010), *op. cit.*, p. 46-47.

<sup>448</sup> Gorceix A. (1990), *Ibid*, p. 37.

<sup>449</sup> Dans le sens de la vie courante et non en référence au titre du célèbre ouvrage de S. Freud où ce terme renvoie aux actes manqués, lapsus et autres productions secondarisées issues de l'Inconscient.

<sup>450</sup> Pommier F. (2009a), *op. cit.*

## Nouvelles perspectives

versant délirant ou dépressif mais sans que ces deux qualités ne prennent parfaitement corps. Au contraire, elles permettent d'éviter l'effondrement psychique d'où leur conception en tant que dernier rempart avant la décompensation<sup>451</sup>. Le sujet est en période de transition<sup>452</sup>. En cela, l'extrême peut autant renvoyer à un processus de déconstruction que tout au contraire, à un processus de construction<sup>453</sup>.

D'un point de vue topologique, selon F. Pommier, l'extrême peut être situé à l'intérieur même du sujet et/ou en dehors. Le sujet est porteur en lui-même de l'extrême mais ce dernier peut aussi être perçu comme « hors de lui », comme venant du dehors, ce qui conduit le sujet à avoir le sentiment de subir passivement la situation et cela, tout particulièrement dans le rapport à l'autre.

Du point de vue dynamique, l'extrême peut évoluer dans un sens progrédient mais aussi dans un sens régrédient. Le premier rend compte du mouvement de construction et de la dimension identitaire qui peuvent être bénéfiques mais qui peuvent aussi dans le cas d'une emphase démesurée mener à la dispersion, alors que le second concerne la régression, le retour à des positions archaïques du côté de l'informe, dans un mouvement de déconstruction.

Par ailleurs, compte tenu de l'importance accordée aux concepts théoriques de C. Dejours<sup>454</sup> dans la suite de ce travail (notamment avec la troisième topique de l'Inconscient clivé et la réalisation pulsionnelle par la perception), il convient ici de citer la conception de l'extrême par cet auteur qui situe celui-ci entre pulsion et compulsion dans le commerce avec la mort. Selon C. Dejours, le rapport à la mort est un point central de la définition du phénomène extrême dans le sens que ce dernier se rapporte à l'excitation et au vide. Face à l'exacerbation de ceux-ci, le sujet dans l'urgence court vers la mort, pour jouir dans le cas de la pulsion et pour se délivrer du vide dans celui de la compulsion.

Le premier concerne donc le sexuel en tant qu'activité exercée ou subie dans l'objectif d'accroître les effets de l'excitation de façon telle qu'au sommet de celle-ci, il y a le risque d'aller trop loin et de mourir. Le sujet qui cherche toujours plus d'excitation, est entraîné vers sa mort par l'ivresse de celle-ci. Selon C. Dejours, l'extrême rapporté à la mort se trouverait

---

<sup>451</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>452</sup> Pommier F. (2009a), *op. cit.*

<sup>453</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>454</sup> Dejours C. (2009a), L'extrême entre pulsion et compulsion in sous la dir. de Pommier F., *Figures ordinaires de l'extrême*, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 151-163.

donc ici au fin fond de la pulsion sexuelle ou plus précisément de ce qui relève de la pulsion sexuelle de mort en référence à Laplanche. Succinctement puisque ce point sera abordé plus en détail dans la sous-partie suivante, pour Laplanche, la pulsion est avant tout recherche de d'excitation et le plaisir en est donc son aboutissement mais pas que lorsque l'on prend en considération la nécessité de décharge. Pour C. Dejours, il s'agit alors dans le cas de l'extrême, d'une exaltation, d'un déchainement de l'excitation dans une recherche des plus hautes sphères où rode la mort.

La seconde configuration du rapport à la mort est différente voire opposée dans le sens qu'elle ne concerne non plus la pulsion mais la compulsion (stricte opposée de la pulsion selon C. Dejours). A la notion de plaisir/décharge mentionnée ci-dessus comme aboutissement de la pulsion, il faut opposer l'insensibilité, l'anesthésie, l'effacement de l'excitation et de l'excitabilité c'est-à-dire l'expérience du vide plus grave que l'expérience de la souffrance. L'extrême dans son versant compulsionnel ne concerne alors plus une quête du plus de jouir mais celle d'une délivrance face à l'horreur d'être un corps déserté du pouvoir d'être soi-même, face à l'expérience atroce de la perte de sa subjectivité et face à celle de se faire entraîner dans la chute d'un corps sans vie c'est-à-dire sans pulsion. Dans le cas de la compulsion, l'extrême se rapporterait donc, au contraire de la pulsion, à un défaut de sexuel menant à une expérience du corps mort, informe, apulsionnel. Il s'agit donc d'une compulsion pour éviter l'extinction, la disparition de tout affect dans un corps vécu comme indifférent, inerte, mort de l'intérieur en rapport avec l'agénésie partielle du corps induite par l'échec de la subversion libidinale - c'est-à-dire l'échec du processus par lequel le corps érogène s'étaye sur le corps physiologique pour que le désir prenne le dessus sur le besoin, la pulsion sur l'instinct - qui renvoie alors au vide et empêche tout travail de penser. A la place, il y a le risque d'une éruption poussant vers la mort comme une délivrance non plus selon un registre de l'ordre de la pulsion mais selon celui de la compulsion et plus précisément « la compulsion non sexuelle de mort ».

Cette définition de l'extrême par C. Dejours est intéressante et pertinente. Elle a le potentiel pour rendre compte de certains moments difficiles du parcours de vie transsexuel. Toutefois, elle est trop marquée d'une connotation de violence et d'extraordinaire au sens commun du terme. Or, bien que le point de vue de C. Dejours soit plus subtil, il faut prendre garde à ne pas dériver vers une réduction de l'extrême et de l'ordinaire à un simple étiquetage. L'introduction de ces concepts selon une approche transversale n'a pas pour objectif de catégoriser ou de comparer des phénomènes plus ou moins proches mais de rendre compte



## Nouvelles perspectives

d'un processus évolutif. Concernant le transsexualisme, on peut dire que cette démarche ne se limite pas à assimiler celui-ci à une problématique extrême de la sexuation de l'identité et à l'opposer à une norme de l'identité sexuée « non troublée » posée comme représentante de l'ordinaire. La dimension extrême du parcours transsexuel ne correspond pas forcément à son aspect spectaculaire. Elle n'est pas que la force de la conviction ou l'opération d'ablation des organes génitaux. Au contraire, la clinique du transsexualisme montre plutôt et ce, quelque soit l'état d'humeur et les réactions affectives des sujets, que cette dimension se trouve en grande partie dans la rencontre de l'autre aux différents moments que sont la demande d'une THC, le(s) *coming-out*, l'expérience en vie réelle,... moments où l'on retrouve le double point de vue topologique de l'extrême à la fois interne et externe, moments où se jouent les mouvements progrédient et régrédient.

De même, l'idée d'une approche transversale du transsexualisme ne vise pas à comparer le transsexualisme à des phénomènes plus ou moins socialement intégrés, ou au contraire, à des phénomènes particulièrement atypiques telles les comparaisons habituelles à la modification corporelle par la chirurgie esthétique<sup>455</sup> - qui bien que n'étant pas banale, n'est tout de même plus si extraordinaire de nos jours - ou au trouble de l'intégrité de l'identité corporelle<sup>456</sup> avec son désir d'amputation (nouvelle entité clinique aussi rare qu'impressionnante nécessitant plus d'investigation). Une telle démarche comparative tend à étudier la limite entre un extrême et un ordinaire déterminés de manière rigide ce qui n'est pas l'objet de l'approche transversale.

Par ailleurs, concernant l'étude théorique de l'extrême et sa mise en rapport avec le transsexualisme, C. Dejours et F. Pommier ont en commun de rapporter l'extrême à une confrontation à l'informe. F. Pommier<sup>457</sup> de manière toute à fait explicite et C. Dejours<sup>458</sup> d'une façon assez proche lorsqu'il aborde l'extrême de la compulsion vers la mort en tant que réaction à un « corps inerte et vide ». Par ailleurs, selon une approche étiopathogénique

---

<sup>455</sup> Michel A. & Pedinielli J.-L. (2008), Demandes de transformations corporelles esthétiques et/ou sexuelles par la chirurgie : proximités et différences, *Pratiques psychologiques*, 14, 137-156.

<sup>456</sup> Clervoy P., Vautier V. & Naudin J. (2009), Trouble de l'identité et de l'intégrité corporelle : interrogations pathogéniques et enjeux éthiques autour d'une pathologie émergente, *Annales médico-psychologiques*, 167, 4, 251-255.

et Lawrence A. A. (2006), Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder, *Archives of sexual behavior*, 35, 3, 263-278.

<sup>457</sup> Pommier F. (2009a), *op. cit.*

<sup>458</sup> Dejours C. (2009a), *op. cit.*

psychanalytique, le transsexualisme a déjà été expliqué de manière assez pertinente et novatrice par le recours aux théories de l'informe<sup>459</sup>. La perspective d'une approche transversale du transsexualisme envisage en quelque sorte de poursuivre et de dépasser cette nouvelle explication, allant au-delà d'un nouvel angle théorique - tel ici la théorie de l'informe - en proposant de manière élargie une nouvelle approche.

En cela, c'est précisément la conception de l'extrême plus large et moins exclusive selon F. Pommier qui intéresse et peut être retenue pour une approche transversale et pour une étude selon celle-ci du transsexualisme et de la sexuation de l'identité. Cet extrême défini par ses aspects topologique et dynamique pas nécessairement bruyants, se référant de manière générale à une psychopathologie de la vie « quotidienne », et surtout conçu comme étant en mouvement dans l'affrontement des forces de vie et de mort avec des moments de construction et de déconstruction qui peuvent tout autant rendre compte de la stabilité et des vacillements de l'identité sexuée chez tout un chacun comme chez les personnes transsexuelles, en fin comme en début de THC mais aussi avant et après, pour ces dernières.

Avant de passer aux présentations des pulsions « essentiellement » sexuelles de Laplanche et à la troisième topique de C. Dejours, il est intéressant de souligner que l'exposé des points de correspondance et de divergence entre ces deux conceptions théoriques et celle de l'extrême a été fait par F. Pommier<sup>460</sup>.

### **3. La sexuation, le primat de l'Autre et la pulsion « essentiellement » sexuelle, à partir des travaux de J. Laplanche**

La distance prise avec la notion de limite comme concept selon A. Green est encore accentuée par le recours à la lecture de la théorie des pulsions par Laplanche. En effet, celle-ci se distingue de la définition freudienne « classique » de la pulsion comme concept-limite entre le soma et le psychique et cela sur plusieurs points.

*« La passivité à l'égard de la pulsion n'implique pas une conception biologisante de celle-ci. La notion de « concept-limite » entre le biologique et le psychique est une notion confuse, qui fait appel au dualisme classique et contestable du « psychique » et du « somatique ». Que la pulsion prenne naissance sur une*

---

<sup>459</sup> Linhares A. (2005), Le sexe et l'informe, *Recherches en psychanalyse*, 1, 3, 43-52.

<sup>460</sup> Pommier F. (2008), *L'extrême en psychanalyse*, Paris, Editions campagne première.

## Nouvelles perspectives

*limite, sur la ligne d'articulation entre l'autoconservatif et le sexuel n'implique pas qu'elle-même est un être-limite. »<sup>461</sup>*

Premièrement, pour Laplanche, la pulsion n'a pas le corps biologique pour origine. En cela, sa définition freudienne « classique » en tant que « *représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme* » est alors selon les points de vue ou remanié et révisé pour se défaire du biologique, ou préciser. Laplanche concède à peine qu'elle puisse être éventuellement un relai des stimulations ou excitations corporelles. Selon lui, cette première conception de la pulsion somato-psychique par Freud est une erreur trouvant pour sa part son origine dans le fourvoiement biologisant de ce dernier.

*« Entre mille exemples, cf. André Green opposant au pôle de la « socialisation » l'autre pôle du conflit primordial qui serait « ce qu'on pourrait appeler la naturalité du sujet humain – l'animal humain, c'est-à-dire le sujet pulsionnel »... Ce qui m'oppose à la pensée freudienne, bien représentée ici par Green, c'est que la pulsion n'est pas une naturalité originelle, mais une véritable « seconde nature » déposée en l'homme par les effets du rapport au socius adulte. »<sup>462</sup>*

Le passage subtil de la pulsion conçue comme un relai et non comme un représentant de l'excitation peut paraître si ce n'est abstrait, en tout cas anodin voire insignifiant. Or, il constitue le second point de divergence majeure. En effet, pour Laplanche, si la pulsion n'a pas en premier lieu pour origine le corps biologique, c'est parce que la genèse des pulsions se trouve dans sa théorie de la séduction généralisée qui bouscule l'ordre de l'étayage sur le biologique en accordant le premier rôle à l'autre de par ses corollaires que sont évidemment le primat de l'Autre mais aussi la théorie du message énigmatique et de la traduction qui amèneront A. Green à accuser Laplanche de néo-lacanisme. La finesse de ce postulat n'apparaît pas toujours au premier regard et pourtant, il en découle une divergence théorique importante par rapport au concept classique de pulsion. Selon le point de vue classique, la pulsion émerge de l'excitation en provenance du corps puis s'étaye sur la relation à l'autre. Or, pour Laplanche, l'excitation vient du corps de par l'instinct d'autoconservation mais elle ne prend vraiment son sens et ne devient pulsion que dans la relation à l'autre. Sans cette dernière, l'excitation resterait de l'ordre de l'instinct. Il n'y aurait donc pas de pulsion sans l'autre. Dès lors, de par son origine selon la théorie de la séduction généralisée à laquelle il

---

<sup>461</sup> Laplanche J. (1992), La pulsion de mort dans la théorie de la pulsion sexuelle in *La révolution copernicienne inachevée*, Mayenne, Aubier, 273-286, p. 277.

<sup>462</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*, note de bas de page n°19, p. 222.

peut être ajoutée celle de la sexualité élargie, Laplanche en vient à postuler que la pulsion est essentiellement sexuelle au sens du sexual (c'est-à-dire indépendante des besoins du corps), cette remarque donnant lieu non seulement à une redéfinition de la pulsion mais aussi à une révision du dualisme pulsionnelle.

De façon plus précise, selon Laplanche, il conviendrait de distinguer comme premier dualisme l'instinct d'autoconservation et la sexualité<sup>463</sup>. L'autoconservation est première. Elle comprend la tendresse et l'agressivité naturelle. Elle rend compte de l'ouverture de l'organisme vers le milieu extérieur par la motricité et la perception, et vise l'homéostasie de l'organisme. Elle n'est pas partie prenante dans le conflit psychique et n'est dès lors pas refoulée. Toutefois, chez l'être humain, elle est défaillante de par la prématuration. Au contraire de l'instinct, seule la sexualité est pulsion et est donc conflictuelle. Elle est l'objet du refoulement et résulte du primat de l'Autre, du sexual et de la séduction généralisée qui postulent que l'enfant immature est confronté à des messages énigmatiques chargés de sens et de désirs qu'il ne saurait traduire. La sexualité est la seule vraie « pulsion » car la pulsion est une pulsion essentiellement sexuelle<sup>464</sup>. Le conflit « inconscient » est alors constitué par ce sexual refoulé et « inconscient » qui comporte de manière à la fois opposée et superposée une sexualité liée narcissique et/ou objectale, et une sexualité non liée érotique, ces deux modes sexuels correspondant au second dualisme avec la « pulsion sexuelle de vie » et la « pulsion sexuelle de mort »<sup>465</sup>, forces que S. Freud aurait qualifiées de façon inappropriée de pulsions de vie/pulsions de mort et qu'il ne faudrait pas rapporter à une opposition biologique endogène de l'être humain vivant mais à une opposition au sein même de la seule sexualité de l'être humain.<sup>466</sup>

Pour Laplanche, la pulsion par essence sexuelle fonctionne selon l'excitation et le désir d'une part, et selon la recherche de plaisir, de satisfaction et de décharge d'autre part. Ainsi, plutôt que de deux forces biologiques hypothétiques, l'opposition en partie fautive des pulsions « sexuelles » de vie et de mort rendrait compte de deux types de fonctionnements de la vie fantasmatique de l'individu. Ces fonctionnements renvoyant d'un point de vue topique

---

<sup>463</sup> Laplanche J. (1992), *op. cit.*

<sup>464</sup> Laplanche J. (1992), *op. cit.*, 278 à 280.

<sup>465</sup> Laplanche J. (1987), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF.

<sup>466</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*, p. 205.

## Nouvelles perspectives

aux différences nuancées du Ça et du Moi où le Moi comporte du lié et du moins lié, et le Ça, des pulsions déliées et des motions mieux liées.

Les pulsions sexuelles de vie fonctionneraient selon le principe de constance et le principe de l'énergie liée. Leur but serait la synthèse, le maintien ou la constitution d'unités et de liens. Selon le processus lié suivant le principe de liaison, elles tendent à l'union par le recours aux processus secondaires<sup>467</sup>. En cela, elles sont conformes au Moi, et leur objet-source est un objet total régulateur.

Pour leur part, les pulsions sexuelles de mort agiraient selon le principe de l'énergie libre et le principe du zéro. Leur objectif est la décharge pulsionnelle totale, au prix même de l'anéantissement de l'objet. Elles sont en partie hostiles au Moi et tendent à le déstabiliser. Leur objet-source se focalise sur un aspect clivé, unilatéral tel un indice d'objet, se rapprochant sur ce point de la fonction désobjectalisante de A. Green. Selon le processus non lié du principe de déliaison, elles tendent à la désunion par le recours aux processus primaires<sup>468</sup>. Cette pulsion est partielle. Elle est indifférente à l'unification et aux unités du corps, du Moi et de l'objet dans le sens qu'elle n'est que recherche d'excitation ouvrant sur l'expérience de plaisir mais surtout de décharge.

Pour revenir au corps, il convient de citer la reprise de cette conception des pulsions sexuelles de vie et de mort par C. Dejours<sup>469</sup> qui expose par celle-ci son point de vue concernant le corps comme exigence de travail pour la pensée. Tout d'abord pour bien saisir ce point de vue, il est nécessaire de préciser qu'il faut garder ici à l'esprit sans être trop strict une certaine distinction premièrement, entre le corps physiologique et le corps vécu puis deuxièmement, entre les « images » du corps vécu et du corps érogène. Suivant Laplanche, C. Dejours maintient que la pulsion n'a pas le corps biologique pour origine mais remet au jour l'importance du rapport entre corps et pulsion.

---

<sup>467</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>468</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>469</sup> Dejours C. (2009b), Le corps comme « exigence de travail » pour la pensée in Chabert C. et coll., *Traité de psychopathologie de l'adulte : psychopathologie des limites*, Paris, Dunod, 53-88.

Selon Laplanche<sup>470</sup>, la pulsion sexuelle inconsciente est donc recherche d'excitation. D'après la théorie de la séduction généralisée<sup>471</sup>, le « premier » message énigmatique est source d'une excitation nécessitant un travail de traduction c'est-à-dire de liaison. Cependant, il peut aussi potentiellement engendrer une déstabilisation de par son pouvoir de déliaison. Ainsi, selon le premier, principe de liaison, la pulsion peut être syntone au Moi et au Préconscient, alors que selon le second de déliaison, au contraire, elle peut agir à l'encontre de ceux-ci. Pour revenir au plaisir, la pulsion est donc recherche de celui-ci mais elle dépasse aussi cette recherche. Elle agirait en deux temps : déliaison et/ou liaison puis « travail et jouissance » ou autrement dit pour ce dernier de « pensée et plaisir ». Ce second temps rend compte du remaniement économique nécessaire pour retrouver une stabilité fondée sur des bases différentes des précédentes car modifiées par l'ébranlement induit par l'excitation. Pour C. Dejours, il s'agit donc ici d'opérer une intégration de l'expérience inédite du corps avec accroissement de la subjectivité. Ainsi, la pulsion ne pense pas. Elle est exigence de penser, de travail.

C. Dejours explique la formation du corps érogène en intégrant la subversion libidinale à la séduction généralisée. La subversion libidinale n'est pas un processus naturel. Elle découle des soins pratiqués par l'adulte sur l'enfant. Cette sollicitation de l'enfant à jouer avec son corps dépend et engage la capacité de l'adulte à jouer lui-même avec son corps et est donc en rapport avec ses propres fantasmes ce qui renvoie à la situation anthropologique fondamentale de Laplanche.

Toutefois, il arrive que la subversion libidinale soit mise à mal lors de la séduction généralisée. Le message de l'adulte ne peut faire l'objet d'une traduction soit car le code de traduction est défaillant, soit parce que le comportement de l'adulte l'empêche. Il se produit alors un échec de la subversion. Le corps à corps entre l'enfant et l'adulte est comme dans une impasse et il en résulte une zone traumatisée du corps, premier élément sur lequel va se développer chez l'enfant une pensée désincarnée concernant cette zone. Il s'agit souvent d'une volonté inconsciente de l'adulte d'arrêter la pensée de l'enfant, d'empêcher ses fantasmes, sa curiosité, son désir de comprendre et de traduire. Les réactions de l'adulte sont disproportionnées et il peut se produire une aversion et une haine du corps de l'enfant. Dans

---

<sup>470</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>471</sup> Laplanche J. (1987), *op. cit.*

## Nouvelles perspectives

les cas graves, l'adulte peut réagir aux jeux de l'enfant par des violences contre le corps de celui-ci provoquant alors chez ce dernier une excitation qui dépasse son potentiel de liaison générant dès lors un traumatisme psychique où il y a impossibilité de penser. La subversion libidinale est alors enrayée et se cristallise en une agénésie partielle du corps érogène qui lorsqu'elle sera sollicitée, ne pourra être relayée par un travail de la pensée. Ces zones exclues de la subversion libidinale seraient ensuite impropres à apporter leur participation à l'agir expressif. Elles font dès lors partie d'un répertoire inaccessible. La sollicitation de cette zone muette ou proscrite génère une angoisse sans représentation ou pire, une expérience de vide et de mort. Il y a une agénésie pulsionnelle de ces zones exclues du corps érogène. Les pensées qui y sont associées sont dès lors dépourvues d'affect comme si elles n'appartenaient pas au sujet. Ce sont des pensées conventionnelles réduites à des stéréotypes, des formules toutes faites, ou encore des pensées ayant un fort caractère de rigueur et de raisonnement intellectuel et logique. Elles sont à l'abri de l'Inconscient sexuel refoulé, sans fantasmes et sans contenu latent. Elles forment une pensée d'emprunt qui n'est pas sous-tendue par la pulsion. Mais cette pensée a aussi le mérite de combler l'expérience du vide et d'éviter la décompensation psychopathologique. Elle procède d'une mobilisation de ce que C. Dejours a nommé l'Inconscient amental.

Tous ces éléments sont loin d'être sans intérêt concernant le transsexualisme et l'identité sexuée. La révision de la pulsion essentiellement sexuelle en tant que relai en fait un réel concept transversal non plus dans la relation duelle entre corps et psyché mais entre corps et psyché sous le primat de l'Autre dans la situation anthropologique fondamentale. La pulsion sexuelle n'est pas l'instinct et se différencie des besoins. De même, concernant la redéfinition d'un dualisme pulsionnel selon des pulsions sexuelles de vie et de mort dont la distinction ne renvoie plus à un affrontement entre la vie englobant autoconservation et libido, et la mort comme tendance à la destruction et au retour à l'inorganique, mais à deux types de fonctionnements face à l'excitation permet de nuancer l'assimilation de la pulsion de vie au bon, au normal et au sain et celle de la pulsion de mort au mauvais et au pathologique. Il est vrai que cette nuance n'est pas encore très prononcée et qu'elle ne se laisse pas découvrir au premier abord. De façon précipitée, il pourrait être affirmé que mieux vaut lier que délier mais cet aspect fonctionnel plutôt que polarisé de la pulsion sexuelle ainsi que le potentiel novateur qui en découle, se dévoilent et prennent une nouvelle ampleur lorsqu'on les rapporte à la conception de l'extrême selon F. Pommier. En effet, selon ce dernier, l'extrême ne se cantonne pas à la déconstruction et encore moins à celle-ci comme finalité de l'extrême.

Pour revenir à l'identité sexuée, on peut émettre l'hypothèse que la sexuation psychique est sujette aux pulsions sexuelles de vie et de mort. Comme la sexualité, la sexuation est donc sous l'influence de la séduction généralisée avec le message énigmatique, le primat de l'Autre et autres éléments sous-jacents à cette théorie. On peut ici noter une certaine proximité entre les points de vue théoriques de la naissance du corps érogène selon les théories de la séduction généralisée et de la sexualité élargie de Laplanche et celle de la mélancolie de genre de J. Butler. Mise à part bien sûr que pour Laplanche, le primat de l'Autre se situe avant tout dans l'intimité de la situation anthropologique fondamentale lors des relations précoces parents/nourrisson, alors que pour J. Butler, ce primat renvoie à un autre politique véhiculant le tabou de l'homosexualité et agissant dans la dyade mère/bébé telle une supra-identité. Sans aller aussi loin que Laplanche qui pose l'hypothèse d'un primat du genre sur la différence des sexes puis sur le résidu refoulé de la sexualité infantile (triade ordonnée genre-sexe-sexual), il semble plausible d'affirmer un lien étroit mais aussi distinct entre sexuation et sexualité, l'une influençant l'autre et inversement. Ainsi, la sexuation est énigmatique et conflictuelle au même titre que la sexualité mais de manière différente.

Concernant le transsexualisme, lors de la séduction généralisée, il se produirait un échec de la subversion libidinale au niveau du corps sexué. Ainsi, les parties sexuées du corps se condenseraient en une zone traumatisée du corps érogène et tomberaient sous le joug d'une agénésie pulsionnelle. Dès lors, la bisexuation psychique entre en conflit avec le corps érogène. Cette dernière ne pourrait donner lieu à un jeu suffisamment harmonieux pour évoluer vers une identité mono-sexuée équilibrée en rapport avec la finitude du sexe anatomique. Dans ce conflit, le processus de sexuation de l'identité prend alors un caractère extrême en lien avec la pulsion sexuelle de mort. Il est ici possible de faire un rapprochement entre ce conflit et la notion de trans-sexualité de Nahon<sup>472</sup> en tant qu'aire transitionnelle du sexuel<sup>473</sup> qui pose ce concept comme forme radicale de la bisexualité psychique de par le potentiel subversif de l'Inconscient. Selon elle, la trans-sexualité bien qu'elle découle de la clinique du transsexualisme, devrait être distinguée de celui-ci. Elle rendrait compte de la dimension transgressive propre aux excès du sexuel autoérotique qui défait les représentations acquises de la différence des sexes et son dualisme. Toutefois, ce choix terminologique peut

---

<sup>472</sup> Nahon C. (2006), La trans-sexualité ou l'en-dehors des formes (défiguration, déformation, déchirement), *Cliniques méditerranéennes*, 74, 5-26.

<sup>473</sup> Estellon V. (2006), La trans-sexualité, aire transitionnelle du sexuel ? Paradigme de la trans-sexualité et névrose de contrainte, *Cliniques méditerranéennes*, 2, n°74, 103-123.



## **Nouvelles perspectives**

paraître à certains égards un peu trop personnel et en partie ambigu. La trans-sexualité tend à évincer la bisexualité psychique, et porte une part de confusion quant à la distinction entre sexualité et la sexuation. En cela, la notion de bisexuation psychique pourrait être plus appropriée parce que marquant une juste distinction entre ces dernières et aussi car apparaissant comme plus neutre pouvant ainsi renvoyer autant à l'extrême qu'à l'ordinaire. Pour revenir au vécu du corps, les parties du corps sexué dès lors exclues ne pourraient être investies par la pulsion sexuelle de vie alors que pour leur part, les pulsions sexuelles de mort n'aboutiraient qu'à une décharge dont le résultat reste trop ponctuel et précaire pour réconcilier le corps et l'identité de façon stable et durable. Les composantes identitaire, transvestie ou homosexuelle décrites par Chiland seraient en lien avec ces excitations des zones traumatisées. En tant qu'éléments précédents la THC, elles seraient à la fois une tentative de décharge de l'excitation, de conciliation entre le corps et l'identité et de solution à ce conflit, s'inscrivant dans le parcours de vie et l'évolution de la problématique transsexuelle. Par contre, la THC jouerait un rôle particulier dans ce parcours. Comme il va l'être présenté ci-dessous avec la troisième topique et la réalisation de la pulsion sexuelle de mort par la perception de C. Dejours, la THC peut hypothétiquement être conçue comme la possibilité d'une issue favorable et stable de la pulsion sexuelle de mort permettant alors un retour de la pulsion sexuelle de vie et une reliaison de la sexuation et de la sexualité autour d'un corps modifié en correspondance avec l'identité sexuée, évitant la désintrinsication pulsionnelle liée à la sexuation.

### **4. Le transsexualisme et la sexuation : la troisième topique et la réalisation pulsionnelle par la perception, à partir des travaux de C. Dejours**

Comme nous l'avons vu ci-dessus, en appliquant le schéma en double limite d'A. Green à la problématique transsexuelle, celle-ci a la spécificité de mettre en avant la réalité interne et de lui attribuer une supériorité sur la réalité externe notamment sur celle du corps biologiquement sexué. Cependant, paradoxalement, la réalité externe est aussi surinvestie de par la recherche d'une solution concrète par la THC. De même que ce soit selon l'importance attribuée à la réalité interne ou selon celle attribuée à la réalité matérielle, le discours transsexuel et la THC donne l'illusion de ne laisser aucune place à la réalité interne inconsciente. Comme si le conflit se jouait uniquement entre le Conscient et le matériel. Pourtant, l'Inconscient est bien là - comme toujours - et il serait erroné de croire la problématique transsexuelle et par la même, la sexuation de l'identité comme étant sans lien

avec l'intrapsychique. Que ce soit dans le discours transsexuel mais aussi dans l'affirmation de tout individu, il y a une conviction forte de l'identité sexuée et il ne faut pas se laisser piéger par la force de cette conviction semblant si extrême chez les personnes transsexuelles et au contraire, tellement ordinaire chez tout un chacun qu'on ne l'interroge pas. Dans les deux cas, cette conviction est en lien avec l'Inconscient et n'est pas a-conflictuelle. Par contre, il conviendrait plutôt d'entrevoir le fait que la sexuation et la problématique transsexuelle, l'identité sexuée troublée ou non, relèveraient d'un Inconscient s'exprimant différemment dans son rapport au Conscient et à la réalité externe, ou pour être plus précis, qu'elles relèveraient d'une partie de l'Inconscient distincte de celle du sexuel refoulé. Or, une nouvelle piste pour poursuivre cette perspective peut être trouvée dans la référence à la troisième topique conceptualisée par C. Dejours<sup>474</sup>.

Selon celle-ci, l'Inconscient serait composé de deux secteurs distincts ne communiquant pas l'un avec l'autre de par leur démarcation par un clivage de l'Inconscient similaire au clivage du Moi où chaque partie du Moi ignore l'autre. On peut donc parler en premier lieu d'une topique de l'Inconscient clivé<sup>475</sup>.

La première partie de cet Inconscient serait l'Inconscient sexuel qui renvoie à l'Inconscient « classique » de la psychanalyse. Elle est constituée par le refoulement originaire. Elle rend compte du destin des investissements entre cet Inconscient et le Préconscient à travers la censure par les lapsus, actes manqués, souvenirs-écran, symptômes névrotiques, fantasmes et rêves. Il s'agit de l'Inconscient refoulé qui se fait connaître au niveau du Préconscient par les retours du refoulé et les représentations de mots. Elle correspond à la première topique freudienne.

La seconde partie serait différente. Elle ne renverrait pas au sexuel et au refoulé. Au contraire, elle serait la réplique au niveau topique des zones du corps exclues de la subversion libidinale, des zones ne relevant pas du corps érogène. De par cela, la pensée étant rendue impossible, il ne peut alors y avoir de refoulement originaire. Cette partie de l'Inconscient est alors nommée Inconscient amental, sans pensée. Au sein de cette partie de l'Inconscient, il ne pourrait donc y avoir ni retour du refoulé, ni aucune pensée nouvelle. Les seuls modes de réaction à une stimulation de cette zone seraient dès lors la désorganisation du Moi par la

---

<sup>474</sup> Dejours C. (2001a), *op. cit.*

<sup>475</sup> Voir la représentation schématique de ce modèle proposée en Annexe.

## Nouvelles perspectives

dé liaison et l'agir compulsif dépourvu de pensée. Cet Inconscient amental est voisin direct du Conscient tel un subconscient dynamique et pulsionnel. Il ne peut s'exprimer que sous la forme de la violence, du passage à l'acte, de la somatisation et de certaines formes de perversion. Mais bien que renvoyant aux pathologies psychiatriques, les patients dont l'Inconscient amental tient une place importante ne sont pas forcément malades. Ils peuvent passer leur vie entière à l'abri de la décompensation, comme le précise C. Dejours. L'Inconscient amental reste alors muet. Dans ces périodes compensées, ils sont d'une certaine manière dans un mode de fonctionnement névrotique engageant le Préconscient même si leur vie mentale semble étriquée entre un Inconscient sexuel et un Préconscient peu productifs. En l'absence de symptômes psychiatriques, ils se maintiennent grâce à des comportements et à un mode de pensée correctement articulés avec la réalité qui diffèrent des processus secondaires régnants sur le Préconscient caractérisés par les associations. Il s'agit plutôt d'une pensée logique et opérationnelle, opératoire dans certains cas, impersonnelle et rationalisée dans d'autres.

Selon cette topique, le système Conscient est organisé par une pensée logique résultant d'un apprentissage. C'est une pensée donnée de l'extérieur, une logique apprise, intellectuelle et dérivée du développement cognitif. Cette pensée n'est pas une simple photographie de la réalité. Elle en est une interprétation logique qui se distingue d'une interprétation fantasmatique inventée par le sujet. Le clivage serait le résultat de la séparation intra-topique entre ces deux registres, l'un dominé par les processus secondaires et l'autre par les processus sociocognitifs qui confèrent aux associations un caractère impersonnel et coupé de l'Inconscient.

Il ne peut y avoir de circulation directe entre les deux inconscients car le clivage consiste justement à garantir un jeu simultané de ces deux parties à leur insu l'une de l'autre. Une telle communication ne peut donc avoir lieu qu'en passant par une médiation au niveau de la zone de sensibilité de l'Inconscient. Pour C. Dejours, cette zone de sensibilité de l'Inconscient correspond à un point de connexion où l'Inconscient qui peut être stimulé directement par la réalité via les perceptions. Pour ce faire, cette réalité doit en premier franchir l'épaisseur du Préconscient et du Conscient qui protègent contre l'excès d'excitation et le traumatisme. Cette zone de sensibilité de l'Inconscient est peu protégée par le Préconscient, et le Conscient en cet endroit est très mince. Il convient de définir plus précisément cette réalité selon C. Dejours, en tant que réalité de la rencontre avec l'autre c'est-à-dire l'ensemble de ce qui peut dans cette rencontre stimuler l'Inconscient qu'il soit

refoulé ou non refoulé. Cette réalité à l'endroit de la zone de sensibilité, zone de connexion des quatre systèmes va constituer le point fragilité dépendant de l'épaisseur du Préconscient et du Conscient qui séparent et filtrent les communications entre cette réalité et les deux inconscients. La zone de sensibilité n'est séparée de la réalité que par le mécanisme unique et rigide mais général à toutes les structures de personnalité qu'est le déni en tant que déni de la perception affective de la réalité. Dès lors, ce ne serait que lorsque le déni s'avèrerait défaillant que le reste du dispositif psychique serait mis à mal entraînant un risque d'éclatement du clivage et donc de décompensation. L'effraction du déni et la réaction affective impliquent la participation du Préconscient du fait que la perception suppose une comparaison à des traces mnésiques préexistantes. Cependant, dans certains cas, le Préconscient ne peut agir du fait que la perception crée une perturbation réactive dans l'Inconscient amental nécessitant une décharge immédiate et obligatoire. Cette décharge passe par des mouvements automatiques ou des séquences de comportements plus complexes mais toujours sous le régime du compulsif. Elle peut viser ou l'extinction de l'excitation par une attaque de la source dans la réalité sous la forme d'un passage à l'acte destructeur, ou bien encore chercher la soustraction active à cette source par la fuite. Il est important de souligner ici le rôle primordial accordé à la réalité. Elle est l'élément intermédiaire nécessaire pour franchir le déni et activer l'Inconscient. Dès lors, certains sujets redoutant le déclenchement d'un affect et le déclenchement de la violence compulsive chercheront à se soustraire à la réalité devenue source de danger. Il s'agit alors d'inhibition. La sollicitation de la zone de sensibilité par la réalité de la rencontre avec l'autre et à travers l'Inconscient amental se traduit d'abord et avant tout par le risque de l'expérience de vide, de l'insensibilité et de l'effacement de la vie en soi de par la sollicitation du corps exclu de la subversion libidinale. D'où le risque d'expérience de confusion par la déstructuration de la pensée et du Moi. L'angoisse prend alors la forme d'un affolement, d'une terreur interne, voire d'un état de panique. Au niveau interne, il y a une lutte contre cette confusion qui ne peut se manifester que par des comportements compulsifs et de la colère. L'engagement de l'Inconscient amental se traduit par une réaction mortifère soit pour le Moi avec une désobjectivation, soit pour l'autre avec l'érotisation de la colère, toutes deux expressions classiques de la pulsion de mort.

Pour sa part, le sujet « normal » aurait un Inconscient amental bien contenu et distinct de son système Conscient qui fonctionne telle une digue. Ainsi, plus le clivage contient et réduit le système Conscient et l'Inconscient amental, plus le fonctionnement psychique est

## Nouvelles perspectives

dominé par le Préconscient et les processus secondaires en relation avec l'Inconscient sexuel. A l'inverse, plus le clivage laisserait une place importante à l'Inconscient amental et par voie de conséquence amoindrirait le Préconscient et l'Inconscient sexuel, plus la « normalité » prendrait une allure standard et conformiste régie par le Conscient et sujette à l'Inconscient amental. Le pathologique est dès lors à concevoir en déclinant la décompensation selon ces registres. Celle névrotique « classique » engage l'Inconscient sexuel et le Préconscient avec un retour du refoulé. Celle non-névrotique renverrait à un éclatement du clivage laissant apparaître l'Inconscient amental sous forme de comportements pouvant prendre une connotation psychiatrique.

Cette nouvelle topique de l'Inconscient clivé conduit donc à une révision mais aussi à une remise en question de l'approche structurale en psychopathologie. Chaque structure est différenciée selon la position du clivage et la répartition proportionnelle ou non qu'il octroie à chaque partie de l'Inconscient clivé, éléments auxquels il convient d'ajouter les mécanismes de défenses préférentiels contre l'épreuve de réalité. Selon la troisième topique, n'importe quelle structure est susceptible de réagir à la réalité par une somatisation, un passage à l'acte ou une hallucination dans la mesure où elles sont toutes sujettes au risque potentiel d'une rencontre avec la réalité dépassant le déni. Toutefois, selon C. Dejours, la décompensation n'en devient pas pour autant anodine. Avoir ou ne pas avoir décompensé quelque soit la structure ne peut être mis de côté comme si cela n'était pas important. Toute décompensation accroîtrait le risque d'une nouvelle décompensation ou l'installation dans un mode de fonctionnement où la décompensation revient de manière de plus en plus chronique telle une fissure qui deviendrait de plus en plus importante.

Le clivage de l'Inconscient existe donc chez tout un chacun, chez le névrosé comme chez le non-névrosé. Dès lors, aucun sujet n'est à l'abri de l'agir ou du délire. La troisième topique laisse entrevoir l'hétérogénéité fondamentale des deux parties de l'appareil psychique. L'Inconscient sexuel et le Préconscient formeraient la partie où se déroule la circulation et le fonctionnement des pulsions de vie. En opposition, l'Inconscient amental serait le réservoir du potentiel mortifère avec des mouvements réactionnels et des comportements d'un ordre différent, ne relevant d'aucun refoulement et d'aucune transformation par un processus mental. Ses manifestations sont marquées par l'urgence d'une décharge, par le caractère stéréotypé et compulsif. Il réagit sans pensée, sans liaison et même au contraire, comme actualisation d'un principe de déliaison orienté vers la confusion. Ce sont des figures de la pulsion de mort et elles comprennent le risque de destruction de l'objet et de déstructuration

de l'appareil psychique. L'Inconscient amental se manifesterait en tant que force de mort sauf dans les cas où ces manifestations peuvent être reprises par le Préconscient grâce à la mise en latence ce qui est habituel chez le névrosé et plus occasionnel dans les autres structures. Cependant, ces derniers patients bien que structurés différemment savent aussi faire comme le névrosé bien que plus difficilement.

Ainsi, par cette troisième topique, il est possible de repérer le vrai *Self* en tant que structure névrotique mettant en jeu le Préconscient et les processus secondaires avec un double sens des mots et du discours en tant que porteurs d'une histoire personnelle différenciée et d'un être-au-monde singularisé. Le clivage est alors doublement étayé par la solidité du système Préconscient-Inconscient d'une part et par le système Conscient d'autre part. Alors que le faux-*Self* en tant que structure non névrotique renvoie pour sa part à un discours conventionnel, impersonnel, acquis par apprentissage, dénué de double sens et d'ambiguïté, fondamentalement coupé de l'Inconscient. Le système Préconscient-Inconscient constitue ici un étau beaucoup moins fort et résistant aux pressions de l'Inconscient amental. La stabilité n'est assurée que par le système Conscient et l'absence de circulation qui en résulte tend encore par ces mêmes pressions, à déstabiliser le clivage.

Mais l'Inconscient refoulé peut aussi s'enrichir dans certains cas du matériau de l'Inconscient amental grâce à la levée du déni et à la rencontre avec la réalité. La réalité peut en quelque sorte fournir une interprétation venue du dehors à un état particulier d'excitation du corps. Cette interprétation agit alors directement au niveau perceptif et implique les organes sensoriels. Une nouvelle stimulation similaire par la réalité rencontrera alors sur son chemin des marques du Préconscient rendant possible la mise en action des défenses névrotiques attachées au fonctionnement du Préconscient. La brèche à travers le déni induite par la réalité devient alors une réponse plus nuancée et souple de retour du refoulé. Par ailleurs, parmi les destins non pathologiques de la pulsion de mort, C. Dejours décrit une possible réalisation pulsionnelle par la perception<sup>476</sup>. Cette dernière se joue le plus souvent dans la sphère professionnelle mais parfois dans d'autres situations de la vie privée. Elle rend compte de ces patients qui mènent en quelque sorte une double vie ce qui leur permet de reproduire fidèlement le fonctionnement psychique séparé par le clivage. Grâce à l'exercice de leur pulsion de mort dans d'autres endroits et à d'autres moments, leur violence se joue à

---

<sup>476</sup> Dejours C. (2001b), *op.cit.*

## Nouvelles perspectives

l'insu de leur vie affective et de leur sexualité psychique. Cette réalisation est telle une stratégie préservant le clivage de l'Inconscient de l'éclatement mais aussi protégeant le jeu calme du Préconscient qui reste à l'abri. Il s'agit d'une certaine manière d'une perversion normale. La réalisation de la pulsion de mort par la perception est comme un passage à l'acte permanent et tranquille, au jour le jour, « de manière policé et en toute bonne foi ». Le sadisme et le masochisme s'exercent alors en marge du Préconscient, de la pensée et de la culpabilité. En cela, elle est différente du passage à l'acte et en est même la forme inversée. Le passage à l'acte est une réaction brutale à l'épreuve de réalité induite par la stimulation de l'Inconscient amential lors de la rencontre avec la réalité. La perception de la réalité franchit alors la barrière du déni et atteint l'Inconscient au niveau de la zone de sensibilité. Dans la réalisation pulsionnelle par la perception, le processus est inverse. Le sujet se soumet à la poussée instinctuelle venue de l'Inconscient amential et cherche intentionnellement l'occasion d'une décharge satisfaisante. L'Inconscient amential est hors d'accès de sa pensée de sorte que le sujet cherche à l'extérieur, dans la réalité, une situation qui donne à la motion pulsionnelle la forme qui lui fait défaut. A la place d'une représentation mentale, le sujet va se servir et se satisfaire de cette perception qui lui apporte la satisfaction. Sa caractéristique est de rester au niveau de la perception et de la décharge réjouissante sans atteindre le niveau de la représentation mentale qui impliquerait sa prise en charge par le Préconscient et donc le risque de faire surgir le conflit.

Appliquée à la sexualité, la troisième topique permet de supposer que le sexué est à situer dans cet Inconscient clivé, dans l'Inconscient refoulé et dans l'Inconscient amential. L'aboutissement à une identité sexuée stable acquise dans la relation à l'autre nécessite de renvoyer dans l'Inconscient par refoulement et/ou par forclusion la part de la bisexualité psychique opposée au corps sexué. Ainsi, l'identité sexuée peut tout autant se mêler au sexuel et être engagée dans la circulation et le fonctionnement des pulsions de vie dominés par le Préconscient et les processus secondaires qui agissent sur l'Inconscient refoulé, que relever de l'Inconscient amential et donc de la pulsion de mort forclosée par le déni et le clivage. C. Dejours le précise, le clivage de l'Inconscient existe chez tout un chacun. Cette remarque mise en relation avec la sexualité et les phrases précédentes poussent à émettre l'hypothèse que la force de la conviction et le sentiment de vécu subjectif qui en résulte, seraient liés à la force du clivage et du déni mais surtout au maintien dans l'Inconscient amential de la problématique de la sexualité. Celui-ci permettant de conserver une identité sexuée stable et un jeu plus ou moins harmonieux, ou bien peu déstabilisant quant à la bisexualité.

Dans le cas du transsexualisme, en référence à l'Inconscient clivé, le sexué ne semble pas renvoyer à l'Inconscient sexuel refoulé. Le sexué est comme délié du sexuel mais paraît aussi comme par résonance empêcher ou gêner celui-ci. Le sexué renverrait à la pulsion sexuelle de mort et à l'Inconscient amential. Dès lors concernant le sexe, la pensée est comme purement opérante, dépourvue de secondarisation et de dimension fantasmatique. La bisexualité psychique n'aurait pas évolué vers l'acquisition d'une identité « mono-sexuée » suffisamment stable en correspondance avec le corps biologique sexué. Il en résulte un conflit autour de la bisexualité, un conflit entre le sexe du corps anatomique et le sexe psychique de l'identité, tous deux opposés l'un à l'autre. Ce conflit engageant à la fois la réalité de la rencontre de l'autre et le corps vécu, ne peut s'exprimer que dans les rapports quasi directs de l'Inconscient amential avec le Conscient et la réalité. Mais le thème et le vœu de la problématique transsexuelle ne sont pas les prémisses de l'éclatement du clivage de l'Inconscient et de la décompensation. Le déni dont le rôle est d'aider au maintien de ce clivage, semble dépassé et il y a un risque d'éclatement du clivage car le conflit est patent et radical. L'identité sexuée en opposition au corps anatomique ne peut plus être déniée. De même, le sexe anatomique n'est pas dénié. Il est reconnu mais il est fortement rejeté. De ce mélange entre émergence d'une identité sexuée et rejet du corps anatomique, la modification du corps par la THC apparaît comme une possible issue particulière venant de la réalité concrète. Cette réponse du corps médical à la problématique transsexuelle est déstabilisante du fait qu'une problématique psychique trouve une solution dans le matériel. En référence à la topique de l'Inconscient clivé, cette modification corporelle pourrait atténuer le conflit avec la réalité en rétablissant le rôle nécessaire du déni et ainsi renforcer le clivage. C'est ici qu'entre en jeu l'idée que la THC agirait telle une réalisation pulsionnelle par la perception permettant de stabiliser le conflit entre l'Inconscient amential et la réalité de la rencontre de l'autre. Elle peut alors potentiellement renouer le sexuel et le sexué, la sexualité et la sexualité. La THC serait l'opportunité d'une mise en place d'une double vie mieux régulée au sens de la vie antérieure dans un sexe et de l'avenir dans un autre, de l'histoire passée du sujet qui va continuer à s'écrire dans un autre registre de la sexualité. Ainsi, la problématique transsexuelle ne disparaît pas totalement mais elle est remodelée dans des conditions plus vivables pour l'individu et rend même possible une vie plus harmonieuse, moins conflictuelle. Le sujet sort de la condition extrême par une issue constructive et potentiellement stable. Les premières tentatives de résolutions du conflit précédant la THC que sont les expressions des composantes identitaire, transvestie et homosexuelle peuvent être considérées telles des passages à l'acte visant la décharge de la pulsion sexuelle de mort mais la THC dans les cas



## **Nouvelles perspectives**

d'une amélioration semble plutôt agir telle une réalisation pulsionnelle par la perception que C. Dejours place dans les destins non-pathologiques de la pulsion mort préservant le fonctionnement de l'Inconscient clivé. Cependant, la THC peut aussi être mise en échec quand un décalage persiste et que la double vie, double histoire dans les deux sexes, entre l'avant et l'après n'a pas amené d'issue au conflit. On peut alors citer le rapport du sujet à son sexe, son rapport à son parcours - histoire qui continue de s'écrire de manière égodystonique - l'insatisfaction quant au résultat de la THC menant au regret (ceci mettant à mal la réalisation par la perception et ce d'autant plus, s'il s'ajoute à des complications lors de l'opération chirurgicale de réassignation sexuelle ayant entraîné un résultat peu satisfaisant), ainsi que les capacités d'adaptation face aux difficultés persistantes au niveau social mais il s'agit surtout toujours du rapport à l'épreuve de réalité dont en particulier celle de la rencontre de l'autre qui continue de susciter une problématique extrême au sens topologique et dynamique décrits par F. Pommier. La condition est alors restée extrême et la transition n'a pas abouti à une issue constructive.





SECONDE PARTIE :  
PARTIE CLINIQUE



# I. Histoire et contexte de cette recherche

Avant de présenter la méthodologie de ce travail de recherche, il est important de revenir sur l'histoire et le contexte dans lequel nous l'avons réalisé.

Tout d'abord du point de vue de son histoire, notre thèse de doctorat doit être située dans la continuité d'un travail de recherche sur le transsexualisme ayant débuté à l'entrée en Master 1 de Psychologie Clinique et Psychopathologie. A cette époque, ayant choisi d'intégrer le séminaire de recherche « Identité de genre - problématiques et conflits » dirigé par Madame Doris Vasconcellos, le transsexualisme s'est alors dès le départ imposé directement à nous en tant que paradigme mettant à l'épreuve l'identité sexuée au niveau psychologique. En effet, le phénomène transsexuel dévoile la relation complexe qui lie la sexuation, la différence des sexes, l'identité et le corps. Il montre que l'entremêlement de ces éléments ne va pas de soi et lors d'un désaccord entre la sexuation psychique et le corps anatomique sexué, le premier peut dépasser le second car ne s'y limitant pas. Autrement dit, le transsexualisme montre qu'au-delà de la réalité matérielle du corps sexué, la différence des sexes joue - au niveau psychique - un rôle fondamental dans la construction psychique de l'identité et dans le bien-être de l'individu. En effet, le discours manifeste des patients transsexuels interroge la conception de la différence des sexes selon l'organisation phallique selon les dichotomie phallique/châtré et présence/absence du pénis, affirmant :

- « *avoir* le pénis mais *ne pas être* un homme et être une femme » pour les MTF
- et « *ne pas avoir* le pénis mais *être* un homme et ne pas être une femme » pour les FTM.

De même, il nous faut confier que le transsexualisme interrogeait notre goût pour l'approche psychanalytique ainsi que nos références à celle-ci qui à cette époque manquait de maturité. Du fait de notre jeunesse du point de vue de notre formation, nous questionnions alors « naïvement » sur la relation entre l'élément fondamental qu'est complexe de castration, et la demande d'ablation chirurgicale des organes génitaux qui accompagne le transsexualisme masculin et féminin. Nous nous interrogeons sur ce défi lancé à la psychanalyse tel un crime de lèse-Freud pour reprendre l'expression de Chiland<sup>477</sup>.

---

<sup>477</sup> Chiland C. (1997), *op. cit.*

## Histoire de la recherche

Par ailleurs, de manière plus large, étendue au fonctionnement de l'appareil psychique et à sa relation à l'épreuve de réalité, le discours des patients transsexuels paraît questionner toutes les limites, entre corps et psyché, entre réalité interne et réalité externe ainsi qu'entre Conscient et Inconscient, mais aussi entre soi et l'autre et dans une certaine mesure entre l'individu et le collectif, le privé et le public... Succinctement, comme il l'a été présenté dans l'introduction, la réalité psychique interne est mise en avant, placée au-dessus de la réalité extérieure concrète. Cependant, il s'agit ici de la réalité interne consciente. Au contraire, la réalité fantasmatique et à l'Inconscient sont totalement désavoués, et il n'y a pas de conflit intrapsychique mais une recherche d'épanouissement dans l'affirmation de son for intérieur. Le conflit est entre la réalité interne consciente et la réalité matérielle externe qui bien qu'elle soit placée au second plan, n'est pour sa part, pas totalement désavouée ni désinvestie. Cette réalité est au contraire considérée comme très importante et doit être modifiée, voire transformée, pour que l'extérieur corresponde au ressenti, par le recours à la THC. Or, encore une fois, une telle démarche, revenant à aller dans le sens du symptôme ne va pas de soi. A titre d'exemple, le transsexualisme est le seul syndrome que nous connaissons pour lequel, les thérapies comportementale et cognitive proposent actuellement d'encourager et de consolider les bases du symptôme. Mais ce point concernant le recours à la THC pose aussi une autre question. Partant des conclusions de la revue de littérature et des travaux de A. Michel<sup>478</sup> sur le devenir des patients transsexuels selon lesquelles, le recours à la THC peut « potentiellement » apporter des changements bénéfiques aux patients transsexuels, alors en plus du fait d'encourager le symptôme, nous nous retrouvons face au fait rare et assez particulier, de traiter un phénomène psychique autrement qu'au niveau psychique, avec une psychothérapie.

Enfin, en parallèle de ces questions portant sur le transsexualisme et la THC à proprement parler, notre travail sur ce phénomène en tant que trouble de l'identité sexuée nous imposait de nous questionner plus largement sur l'origine de l'identité sexuée.

Face à toutes ces questions, envisager de travailler sur ce phénomène nous semblait ardu et difficile mais malgré tout incontournable et comme allant de soi compte tenu de notre séminaire de recherche. Ainsi, lors de ce premier temps du Master 1, il a été primordial pour nous de choisir une problématique de recherche qui soit abordable et réalisable autant pour ce

---

<sup>478</sup> Michel A. (2001), *op. cit.*

qui était du délai imposé en Master 1, que pour ce qui était de notre niveau d'étude. Les questions que son l'étiologie du transsexualisme, l'origine de l'identité sexuée et l'étude des effets du traitement par THC sous l'angle du fonctionnement psychique nous semblaient trop compliquées tant du point de vue pratique de la mise en place d'un protocole de recherche qu'au niveau de notre formation en cours. Ainsi, laissant celles-ci en suspens, nous avons opté d'étudier la problématique concernant la place du transsexualisme dans la nosographie psychanalytique, avec la controverse présentée ci-dessus opposant l'hypothèse d'une structure psychotique et l'hypothèse d'une organisation limite de la personnalité. Dans notre mémoire de fin d'année : *Le transsexualisme, un défi pour la nosologie traditionnelle*, nous avons alors conclu une organisation limite selon les critères de Kernberg<sup>479</sup>, chez les trois personnes transsexuelles masculin vers féminin ayant accepté de participer à notre recherche.

Plus tard, le vif intérêt suscité en nous par ce premier travail, nous a amené à nous inscrire en Master 2 Recherche afin de reprendre cette problématique concernant la nosographie mais cette fois-ci concernant le transsexualisme féminin vers masculin. A l'issue de ce second travail : *L'autre au-delà du sexué, transsexualisme féminin vers masculin et nosographie psychanalytique*, nous avons alors fait la conclusion plus mitigée que la problématique transsexuelle des personnes FTM rencontrées relevait en majorité d'une organisation limite soulignant tout de même le fait que premièrement, l'une des personnes rencontrées semblait présenter un fonctionnement psychotique, et que notre méthode ne nous avait pas permis d'investiguer suffisamment l'hypothèse d'un fonctionnement pervers pour pouvoir l'exclure. De même, à la suite de ces deux premiers travaux, nous nous sommes alors posés la question de chercher à analyser d'éventuels remaniements psychiques au cours des différentes étapes de la THC, ainsi que l'intérêt d'utiliser en plus de l'entretien clinique d'autres outils d'investigation du fonctionnement psychique. Enfin, lors de notre soutenance de Master 2, il nous avait alors été fait remarquer la nécessité de chercher après ces deux mémoires à travailler sur l'origine de l'identité sexuée et ce, afin aussi d'étudier l'étiologie du transsexualisme. Dès lors, nous avons envisagé de poursuivre cette recherche par la réalisation de cette thèse de Doctorat. Cependant, au départ, nous envisagions de restreindre notre étude à l'analyse des éventuels remaniements psychiques au cours des différentes étapes qui composent la THC et ce, par le recours à l'entretien clinique, aux tests projectifs du

---

<sup>479</sup>Kernberg O. (1984), *op. cit.*



## Histoire de la recherche

Rorschach et du TAT ainsi qu'au MMPI-2. Les questions concernant l'étiologie du transsexualisme et l'origine de l'identité sexuée nous semblaient encore difficiles à aborder et à mettre au travail. Ce n'est finalement que dans un second temps, en parallèle des progressions de ce travail, de notre expérience clinique ainsi que de notre formation (notamment au laboratoire de l'université), que nous nous sommes surpris à aborder ces dernières questions et à poser des hypothèses les concernant, avec notamment les travaux sur l'extrême de F. Pommier<sup>480</sup>, ceux sur la pulsion sexuelle de mort de Laplanche<sup>481</sup>, et ceux sur la réalisation pulsionnelle par la perception et l'Inconscient amential de C. Dejours<sup>482</sup>.

Enfin, pour terminer cette partie sur l'histoire de cette recherche, il est important d'aborder le contexte et les difficultés particulières dans lesquels, elle a été réalisée. En effet, en parallèle de notre cheminement épistémologique, les démarches pour trouver un terrain de recherche clinique, y mettre en place notre protocole et procéder au recrutement de notre échantillon n'ont pas été une tâche simple. Déjà, il faut souligner - concernant l'étude du transsexualisme - qu'il s'agit d'un phénomène rare qui concerne une population réduite difficilement accessible, et pour laquelle, il n'existe en France que cinq équipes du Service Public Hospitalier qui propose une prise en charge par THC (et dont quatre de ces cinq se situent dans le Sud). Notre démarche était donc limitée à l'unique équipe du Nord de la France qui pour sa part se situe en Région parisienne mais qui malheureusement était prise dans l'évaluation de la qualité de sa prise en charge par THC, par la HAS.

En effet, du point de vue du contexte dans lequel a été réalisé cette thèse, il faut ici préciser que ce travail a été effectué au même moment que la mission ministérielle de grande évaluation nationale du parcours de soins - d'abord par la Haute Autorité de Santé (HAS) puis par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)<sup>483</sup> - ainsi qu'au moment, des réformes pour la mise en place d'un Programme National de Diagnostic et de Soins (PNDS, encore en cours à l'heure actuelle, et visant à homogénéiser les prises en charge par THC dans les cinq équipes du Service Hospitalier) et de la codification de l'ALD du transsexualisme comme non psychiatrique et aussi des revendications et manifestations militantes pour la

---

<sup>480</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>481</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>482</sup> Dejours C. (2001), *op. cit.*

<sup>483</sup> Inspection Générale des Affaires Sociales, IGAS (2011), *Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme*, Rapport N°RM20112011-197P, disponible en ligne.

dépsychiatriation du transsexualisme (notamment à l'encontre du DSM 5). Ainsi, pour ce qui est des équipes du service hospitalier public qui ont malgré la distance, toutes été démarchées, celles-ci ont eu à faire face à une charge importante de travail d'évaluation des soins qu'elles proposent et à un climat houleux parfois de confrontations directes et tendues avec certaines associations militantes de patients. En cela, ces équipes étaient très peu disponibles pour des échanges et d'éventuelles collaborations avec d'autres professionnels et structures<sup>484</sup>. Dans ce contexte et ces conditions, après plusieurs prises de contact et discussions, il n'a pas été possible de mettre en place un partenariat avec ces équipes.

Enfin, pour finir, il convient de parler des difficultés concernant le recrutement de participants. En effet, du côté des patients, il faut prendre en considération que la transformation hormonale et chirurgicale est un parcours de soins long et difficile pour les patients transsexuels. Elle prend beaucoup de temps et d'énergie à ces patients déjà affaiblis et parfois encore en position de détresse du fait de leur mal-être.

Les patients en début de parcours sont souvent dans une position de demande, d'attente et de souffrance.

De même, les patients en cours de transformation par traitement hormonal et en attente d'opérations chirurgicales doivent faire face dans leur vie quotidienne à de nombreux changements aussi importants que délicats, notamment le passage à l'étape de l'expérience en vie réelle.

Enfin, concernant les patients ayant terminé leur parcours de soins par THC, ceux-ci dans leur grande majorité refont leur vie sans que ne soit maintenu un contact permettant un suivi sur le long terme, et souhaitent maintenir une certaine discrétion quant à leur vie passée dans l'identité de leur sexe de naissance.

Dernièrement, il faut aussi prendre ici en considération les relations difficiles voire hostiles des patients avec les psychiatres et psychologues, résultant de la première étape d'évaluation diagnostique du parcours de soins<sup>485</sup> mais aussi parfois des débats houleux qui opposaient les partisans de la THC et ceux de la psychothérapie. Du fait de cette impression

---

<sup>484</sup> Nous tenons à remercier l'équipe de Marseille avec qui nous avons eu l'occasion d'échanger même si malheureusement, il n'a pas été possible matériellement et financièrement du fait de la distance de mettre en place un travail de recherche en partenariat avec cette équipe.

<sup>485</sup> Voir la description du parcours de soins par THC faite ci-dessus.

## Histoire de la recherche

de répétition de l'étape diagnostique, il est dès lors compliqué de demander aux patients transsexuels de participer à un protocole de recherche au sein même de l'équipe qui les prend en charge, en parallèle de leur THC. En effet, cette passation peut interférer et être apparenté à un doublon ou à une répétition du bilan psychologique et de l'évaluation diagnostique prescrits dans le parcours de soins.

D'autre part, dans le cas d'une recherche effectuée au sein même des équipes hospitalières proposant la THC, il est inenvisageable de ne pas prendre en considération le fait que les patients puissent se sentir - de manière plus ou moins consciente - obligés de participer à la recherche pour obtenir ou poursuivre la THC.

Ainsi, il a été important de réfléchir et de prendre en compte toutes ces éventuelles interférences résultant de la situation de demande du patient d'être pris en charge par THC venant faire écho à celle de recrutement de participants par le chercheur. Pour toutes ces raisons, le recrutement de participants s'est avéré délicat et il nous a semblé préférable tant que possible de maintenir distincts le cadre dans lequel notre étude avait à se réaliser et celui du parcours de soins par THC.

Confronté à ces difficultés conséquentes quant aux lieux et aux modalités de recrutement, nous avons alors repris contact avec le milieu associatif au sein duquel nous avons déjà effectué nos recherches de Master 1 et Master 2 et avons alors pu intégrer une association parisienne d'aide et de soutien aux patients transsexuels travaillant avec des professionnels en libéral (parfois regroupé en réseau de santé) et avons pu obtenir en parallèle à un travail de psychologue clinicien au sein de cette association ainsi que l'autorisation d'y effectuer le recrutement de participants volontaires à notre recherche<sup>486</sup>.

---

<sup>486</sup> Le fonctionnement de cette association ainsi que la méthode de recrutement des personnes ayant participé à cette recherche sont présentées plus en détails ci-dessous.





## **II. Objectif et problématique**

Comme il l'est expliqué ci-dessus, cette recherche se situe dans la continuité et dans le dépassement de nos travaux de recherche initiés en Master. En cela, avec comme points de départ l'approche structurale en psychopathologie et la controverse concernant la place du transsexualisme dans la nosographie psychanalytique, cette thèse vise à étudier et à apporter des réponses quant à l'origine de la problématique identitaire transsexuelle et à la relation complexe de cause à effet du traitement par THC sur cette problématique psychique - le conflit intrapsychique pouvant potentiellement trouver une réponse dans une réalisation matérielle concrète de la réalité psychique interne consciente telle la réalisation pulsionnelle de la perception.

D'un point de vue plus théorique, cette recherche part donc de l'approche structurale en psychopathologie psychanalytique pour aller au-delà et ainsi, étudier l'étiologie de la problématique transsexuelle et l'impact de la THC selon une nouvelle perspective plus transversale que structurale inspirée des travaux sur la clinique de l'extrême de F. Pommier<sup>487</sup>, sur la pulsion sexuelle de mort et sur le sexual de Laplanche<sup>488</sup> et sur la topique de l'Inconscient clivé ainsi que la réalisation pulsionnelle par la perception de C. Dejours<sup>489</sup>, dépassant ainsi un point de vue purement psychopathologique.

En effet, les diverses hypothèses d'organisations psychiques structurales attribuées au transsexualisme suggèrent implicitement une étiologie psychopathologique intrinsèquement liée chaque organisation. Dès lors, force est de constater que ces hypothèses étiologiques découlent directement de cette perspective plus nosographique que purement clinique et psychodynamique. Autrement dit, il s'agit plus d'hypothèses étiologiques propres à chaque organisation psychique que d'une hypothèse étiologique du transsexualisme. Succinctement, dans le cas d'une structure psychotique, l'origine du trouble de l'identité sexuée de patients transsexuels serait un conflit entre le Ca et la réalité lié à des angoisses archaïques d'annihilation ; alors que l'origine de cette problématique serait un conflit entre l'instance d'idéal, la réalité et le Ca, avec des angoisses de perte et d'intrusion dans le cas d'une

---

<sup>487</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>488</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>489</sup> Dejours C. (2001), *op. cit.*

## **Objectif et problématique**

organisation limite. Or, hormis cette tendance à un présupposé hypothético-déductif dont il est difficile de se dégager complètement, la référence à la nosographie psychanalytique ne permet pas de rendre compte des résultats potentiellement bénéfiques de la THC sur le devenir des patients. En effet, quelle que soit l'hypothèse de fonctionnement psychique retenue, aucune d'entre elle ne permet la compréhension d'une éventuelle amélioration de l'état du patient après une modification de la réalité matérielle qui irait dans le sens du trouble.

Ainsi, l'objectif et la problématique de cette thèse sont donc doubles. Il s'agit à la fois de questionner l'origine du trouble de l'identité sexuée des patients transsexuels à partir des nouveaux éléments transversaux présentés ci-dessus - constituant une approche différente de celle issue de la nosographie psychanalytique - et par là même, d'apporter de nouveaux éléments de compréhension concernant les effets de la THC sur le fonctionnement psychique.





## **Objectif et problématique**

### **III. Hypothèses générales**

#### **Hypothèse 1 : hypothèse portant sur la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amental**

Concernant l'origine du trouble de l'identité sexuée des patients transsexuels que résulterait d'un conflit intrapsychique mêlant désir d'appartenir à l'autre sexe et rejet du sexe anatomique, notre hypothèse est que cette problématique transsexuelle relèverait selon les points de vue économique et dynamique, *de la pulsion sexuelle de mort* - telle que décrite par Laplanche<sup>490</sup>, cherchant donc la décharge immédiate et directe de l'excitation et de la tension au risque de la déliaison selon un mode de fonctionnement sous l'influence des processus primaires et du principe de plaisir poussé jusqu'au zéro de l'excitation - puis, selon le point de vue topique, relèverait *de l'Inconscient amental* non-refoulé tel que conceptualisé par C. Dejours<sup>491</sup> en tant que partie clivée de l'Inconscient dépourvue de contact avec son homologue sexuel refoulé et névrotique. Selon cette troisième topique, la problématique identitaire des patients transsexuels - portant sur leur sexuation - concernerait un affaiblissement du clivage séparant les deux Inconscients sexuel et amental, dans la rencontre de la réalité de l'autre, de l'autre sexué et de la réalité de l'altérité de la sexuation. Brièvement, cette première hypothèse sur l'origine du trouble est donc :

**« La problématique transsexuelle relèverait de la pulsion sexuelle de mort et de l'Inconscient amental. »**

#### **Hypothèse 2 : hypothèse concernant la clinique de l'extrême et l'ordinaire**

Au-delà d'un carcan pathologique, *cette problématique transsexuelle associée à la THC seraient à approcher et considérer comme faisant partie de la clinique de l'extrême* telle que définie par F. Pommier<sup>492</sup>, à savoir une psychopathologie de la vie « quotidienne » pas forcément bruyante malgré le caractère ici potentiellement spectaculaire de la THC, où s'affrontent des forces de vie et de mort - pulsion sexuelle de vie et pulsion sexuelle de mort - avec des moments de construction et de déconstruction, dans une topologie à la fois interne et

---

<sup>490</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>491</sup> Dejours C. (2001a), *op. cit.*

<sup>492</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

## Hypothèses générales

externe au sujet, et dans des mouvements progrédients et régrédients. Face à cette situation extrême, le patient transsexuel relèverait de la transpsychose de Gorceix citée par F. Pommier<sup>493</sup> - en tant que névrose manquée et psychose dépassée car impossible, dans une réponse entre fonctionnements limite et psychotique face à l'informe - et se situerait entre pulsion et compulsion face à l'entremêlement de l'afflux d'excitation et de la crainte d'être confronté au corps vide et inerte, à l'agénésie pulsionnelle de la zone érogène comme ratage de la subversion libidinale de cette dernière, selon C. Dejours<sup>494</sup>. En résumé :

**« Le phénomène transsexuel relèverait de la clinique de l'extrême. »**

### **Hypothèse 3 : hypothèse concernant la réalisation pulsionnelle par la perception**

Concernant la THC, comme dans la clinique de l'extrême, ce parcours de soins s'organiserait en mouvements de déconstruction et de (re)construction - notamment de l'image de soi - permettant potentiellement d'obtenir dans la réalité une réponse à la pulsion sexuelle de mort en lien avec la problématique transsexuelle et issue de l'Inconscient amental, offrant ainsi une voie de décharge permettant de préserver le clivage de l'Inconscient et d'éviter l'éclatement de ce dernier. Plus précisément, *malgré son caractère extrême* (selon la description de F. Pommier<sup>495</sup>), *la THC aurait le potentiel - sans pour autant que celui-ci soit acquis d'avance - d'agir telle une réalisation pulsionnelle par la perception* en tant que destin non pathologique de la pulsion sexuelle de mort selon C. Dejours<sup>496</sup>. Succinctement,

**« La THC pourrait potentiellement agir telle une réalisation pulsionnelle par la perception et améliorer le fonctionnement psychique du sujet. »**

---

<sup>493</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>494</sup> Dejours C. (2009a), *op. cit.*

<sup>495</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>496</sup> Dejours C. (2001a), *op. cit.*



## **Hypothèses générales**

## **IV. Méthodologie**

De la même manière qu’au niveau théorique exposé ci-dessus dans la partie « Objectif et problématique » mais aussi selon la description du cheminement nous ayant mené à une approche transversale et selon l’histoire de cette recherche, la méthodologie de cette recherche prend comme point de départ des conceptions et outils fréquemment utilisés en psychopathologie - tels l’entretien clinique, les tests projectifs du Rorschach et du TAT mais aussi l’inventaire de personnalité du MMPI-2- pour ensuite, s’en dégager et étudier le trouble de l’identité sexuée des patients transsexuels et son rapport particulier à la THC selon une nouvelle perspective. Cependant, avant de présenter chacun de ces outils ainsi que leurs modalités d’utilisation dans cette recherche, il convient d’abord de décrire le terrain de recherche et les conditions de passation.

### **1. Recueil des données**

#### ***1. 1. Population et échantillon étudiée***

##### **1. 1. 1. Terrain de recherche**

Comme il l’a été brièvement été exposé ci-dessus, le recrutement des personnes ayant participé à cette recherche a été effectué au sein d’une association d’aide et de soutien aux personnes transsexuelles. Cette association accueille les personnes transsexuelles, leurs proches mais aussi les personnes transgenres, intersexuées, travesties ou encore s’interrogeant sur leur identité sexuée, et a pour objectif de proposer un service d’accompagnement, d’orientation et de soutien à ces personnes et cela autant au niveau de leur questionnement, de leur transformation corporelle mais aussi de leur insertion sociale et professionnelle. Pour ce faire, elle organise une permanence hebdomadaire pour des entretiens individuels de consultation psychologique (avec ou sans rendez-vous) ainsi qu’un groupe de parole ouvert à tous et se réunissant une fois par mois.

Il est ici important de souligner l’indépendance des services de cette association par rapport au parcours de soins par THC et cela, autant les cas où ce dernier se fait au sein d’une équipe de l’Hôpital Public, que par la consultation de différents professionnels installés en libéral inscrits ou non dans un réseau de santé. Par cette position, l’association permet la mise en place d’un cadre thérapeutique neutre et indépendant des évaluations et de l’avancement de la THC. Ce cadre peut ainsi être considéré comme complémentaire à la THC et peut alors

## **Méthodologie**

s'avérer plus propice à la mise en place d'éléments basiques pour une prise en charge psychothérapeutique telle la distinction nécessaire des rôles de psychothérapeute, de psychologue évaluateur et de membre de la commission de l'équipe du parcours de soins. En effet, grâce à cette distinction, le patient peut se sentir libre de confier ses difficultés, ses hésitations et inquiétudes sans craindre que celles-ci aient des conséquences sur l'avancement de sa transformation corporelle.

### **1. 1. 2. Méthode de recrutement des personnes ayant participé à cette recherche**

Le recrutement des participants à cette recherche s'est fait par l'intermédiaire d'une annonce publiée au centre associatif et dans la lettre d'information envoyée chaque mois par l'association. Lorsque la personne volontaire correspondait aux critères d'inclusion, il lui était alors présenté l'objet de cette recherche, ses conditions éthiques et déontologiques ainsi que ses modalités de passation. De même, il était précisé à la personne que cette recherche était un projet universitaire relatif à l'obtention d'un doctorat en psychologie se situant en marge et en toute indépendance de l'association et que sa décision finale d'y participer ou non lui revenait totalement et n'aurait dans le cas d'une éventuelle rétractation aucune incidence quant aux services qui lui sont proposés par l'association. Ainsi, six personnes répondant aux critères d'inclusion se sont proposées et ont été retenues pour participer à cette recherche.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que cette méthode de recrutement fondée sur le volontariat présentait l'avantage d'être totalement indépendante du parcours de soins par THC des personnes participantes. Ce point s'avère être une différence majeure par rapport à la plupart des travaux effectués sur le transsexualisme. En effet, la grande majorité de ces travaux sont réalisés dans un cadre médical/hospitalier et plus particulièrement dans des équipes de l'Hôpital Public proposant une prise en charge par THC. Le chercheur quand il ne fait pas lui-même partie de l'équipe pluridisciplinaire, est alors intégré et assimilé à celle-ci. Cette situation comporte vis-à-vis du patient le risque d'une confusion induite par le rôle dès lors double du praticien-chercheur, à la fois membre de l'équipe et chercheur. Or, la THC étant l'objet principal de la demande du patient (voire même son seul objectif), sa volonté de participer - ainsi que sa manière de participer - à une recherche peuvent donc être influencées par cette confusion et même affecter ses réponses. Le patient peut de manière plus ou moins consciente se mettre en position de répondre au chercheur membre de l'équipe ce qu'il pense que ce dernier attend de lui et ce, dans le but d'obtenir ou de poursuivre la transformation, ou encore de remercier ou à l'inverse de récuser le praticien et l'équipe maintenant placés en

position de demandeur. Ainsi, bien qu'il sera nécessaire de réfléchir à la motivation de chacune des personnes ayant participé à cette étude, nous pouvons toutefois affirmer que celles-ci n'ont pas été influencées par un désir d'obtenir ou de poursuivre la THC ou encore une crainte de se la voir refuser.

Toujours à ce sujet d'une demande venant de la part de la personne participante volontaire à cette recherche, il a été précisé à chacune d'entre elle que notre statut de psychologue (et non de psychiatre) au sein du milieu associatif, et hors structure hospitalière ne pouvait rien leur apporter qui puisse aller dans le sens d'une acceptation ou de la poursuite d'une THC avec d'autres professionnels.

Pour toutes ces raisons et par ces précautions, nous espérons que les personnes s'étant portées volontaires ont été mises dans des conditions de choisir librement de participer ou non à cette recherche sans craindre ou croire que cela puisse avoir une influence sur le parcours de soins qui est le leur.

Enfin, dans ces conditions particulières, nous espérons que les participants ont aussi pu prendre la liberté d'exprimer leurs doutes, leurs hésitations, leurs craintes, leurs mécontentements, ou tout autre élément « plus ou moins négatif » vis-à-vis de la transformation, liberté qu'elles ne peuvent habituellement que rarement et difficilement exprimer dans le cadre hospitalier par crainte que ceux-ci ne remettent en question, entravent voire arrêtent leur parcours de soins en aboutissant à une exclusion du protocole de soins par THC.

### 1. 1. 3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à cette recherche, il a été demandé aux sujets :

**De correspondre aux critères descriptifs du DSM-IV-TR<sup>497</sup> à savoir :**

- de présenter une identification intense et persistante à l'autre sexe,
- de présenter un sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou un sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante,
- et que l'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite.

---

<sup>497</sup> APA (2004), *op. cit.*



## Méthodologie

En plus, de ces signes, il était pris en considération,

**D’être ou d’avoir été dans une démarche suivant le protocole français de transformation hormonale et chirurgicale**, considérant que la demande du sujet ainsi que l’engagement de ce dernier vis-à-vis du corps médical, sont des indices validant le diagnostic de trouble transsexuel chez le sujet, bien que cet indicateur ne soit pas suffisant, voir ci-dessus.

**Dans le souci d’une homogénéité concernant le parcours de soins par THC à venir ou déjà réalisé, seul les personnes transsexuelles masculin vers féminin ont été retenues pour cette recherche.** En effet, comme il l’a été présenté dans la partie théorique, du fait que le parcours de soins par THC pour les transsexuels féminin vers masculin comporte des risques liés à la phalloplastie qui obtient de plus des résultats mitigés, il en résulte que le parcours de soins est moins clairement établi, balisé et standard, que celui pour les patients masculin vers féminin. Tous les patients transsexuels féminin vers masculin ne souhaitent pas et n’ont pas tous recours à la phalloplastie, ni même à une opération sur les organes génitaux.

Au contraire, une grande majorité, si ce n’est l’unanimité des patients transsexuels masculin vers féminin, souhaitent et ont recours à une vaginoplastie dont les résultats sont relativement similaires quelle que soit la technique chirurgicale. Ainsi, pour éviter que les résultats ne soient influencés par une hétérogénéité trop importante des parcours de soins (des patients féminin vers masculin), n’ont été retenus pour participer à cette recherche que les patients transsexuels masculin vers féminin.

D’autre part, dans la mesure du possible et selon la « franchise » des sujets, **les personnes volontaires pratiquant la prostitution n’ont pu être retenues.** En effet, de notre expérience clinique, il est ressorti que les personnes transsexuelles pratiquant la prostitution hésitaient à recourir à l’opération chirurgicale des organes génitaux - bien qu’elles le souhaitent - du fait que le pénis faisait partie intégrante de la configuration du commerce sexuel qu’elles proposent. Or, cette position ambiguë vis-à-vis de la vaginoplastie, empêche une différenciation suffisante entre une problématique identitaire transsexuelle et transgenre. Certaines de ses personnes sont transsexuelles mais ne pensent pas pouvoir se permettre de mettre en péril leur situation (pourtant en partie précaire) alors que d’autres ne paraissent pas gênées par le fait de conserver et utiliser leurs organes génitaux, et semblent donc plutôt

relever du *transgenderism* que du transsexualisme. Ainsi, dans un souci d'homogénéité de l'échantillon, de clarté concernant la problématique transsexuelle mais aussi d'homogénéité du parcours de soins par THC, les personnes ayant recours à la prostitution n'ont pas été retenues pour participer à cette recherche.

De plus, dans le but d'éviter un biais dû à une différence trop importante concernant les normes socioculturelles liées à l'identité sexuée, **n'ont été retenus pour cette recherche que les sujets nés en France.**

De même, pour permettre la passation des tests projectifs et de l'inventaire de personnalité MMPI-2, **n'ont été retenus que les personnes parlant couramment français.**

Enfin, il est important de noter que **ni la distinction entre transsexualismes primaire « précoce » et secondaire « tardif », ni l'orientation sexuelle n'ont pas été retenues comme critères d'exclusion.** Comme il l'a été exposé ci-dessus, leurs pertinences sont sujettes à controverse. En effet, bien que potentiellement intéressants et pertinents, ces éléments en plus d'être difficiles à évaluer, ces éléments apparaissent plus être des critères additionnels - notamment pour ce qui est du pronostic – que des critères de validité du diagnostic de transsexualisme. Malgré cela, les protagonistes retenus montrent au premier abord une certaine homogénéité dans ce qu'ils racontent de leur vécu subjectif de la problématique identitaire transsexuelle et de leur parcours de vie, ce que nous pourrions toutefois préciser avec les données collectées.

### 1. 1. 4. Précisions éthiques et déontologiques

Hormis les considérations déontologiques déjà mentionnées ci-dessus, une réflexion éthique fut nécessaire lors du choix de la méthode d'investigation posant les bases d'une démarche qui articule à la fois des exigences éthiques et scientifiques.

Ainsi avant chaque entretien, le fondement de cette démarche sur le code déontologique des psychologues de 1996 a été précisé tout en interpellant l'attention du sujet sur l'article 20 et l'article 9 qui concernent spécifiquement la recherche en psychologie :

Article 20 : toutes les données traitées et étudiées à des fins de recherche le sont dans le respect absolu de l'anonymat par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées et ce, conformément aux dispositions légales du 6 janvier 1978 relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

## **Méthodologie**

Article 9 : avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement de ceux qui participent à une recherche. Il les informe des modalités, des objectifs et des limites de son intervention... Dans les situations de recherche, il les informe de leur droit à s'en retirer à tout moment.

Le consentement libre et éclairé fut respecté et appuyé par une description résumée de la nature de cette recherche et de ses objectifs. Dès le premier contact, l'évaluation d'un risque potentiel suite à cette démarche investigatrice a été prise en considération et ce, avant même de réaliser le premier entretien.

De même, l'objectif que le sujet ne pâtisse en aucune manière que ce soit, de sa participation est resté primordial tout au long de l'investigation. Il a donc été pris en considération que la population pouvait montrer une certaine fragilité due ou non à une période à fort potentiel anxiogène ou à un parcours de vie particulier.

Par ailleurs, une adresse courriel fut remise à chaque sujet dans le cas où ce dernier aurait cherché à nous joindre pour une question, une rétractation ou pour toute autre demande concernant son entretien et répondant à notre domaine de compétence.

Dans un souci de préservation de l'anonymat de chaque participant, tous les noms propres cités dans leur entretien (individus hors personnalités publiques ou fictives, et lieux) ont été modifiés à la retranscription et ne figurent pas dans ce travail.

Suite à ces précisions et à l'observation de ces éléments, une feuille de consentement<sup>498</sup> était signée, marquant ainsi l'engagement des deux parties.

### ***1. 2. Procédure***

#### **1. 2. 1. Lieu des passations**

Les entretiens et les passations de tests ont été effectués dans les locaux du centre associatif auquel appartient l'association. La salle de permanence psychologique a alors été réservée spécialement pour ces occasions. Cependant, pour que ce travail de recherche se distingue autant que possible du travail de l'association, les rendez-vous ont été pris en-dehors des horaires de permanence de celle-ci.

---

<sup>498</sup> Voir Annexe.

### 1. 2. 2. Description de l'échantillon

Concernant le choix de pseudonymes de chacun des sujets ainsi que celui de la formulation « Monsieur », « Mademoiselle », « Madame », considérant que ce point fait partie intégrante du respect dû à la personne, ceux-ci ont été faits non selon le sexe anatomique des sujets, mais selon leur apparence quotidienne et selon l'étape à laquelle, ils étaient alors dans leur parcours de soins.

Ainsi, un sujet est nommé par la formule « Monsieur » du fait que son apparence au moment de sa participation était masculine. Par respect pour son identité sexuée revendiquée et son vœu d'une transformation à venir, il a été choisi de recourir à un prénom mixte, en l'occurrence XYZ.

Trois sujets ont été nommés par celle de « Mademoiselle » du fait que leur apparence au quotidien et de façon quasi-permanente est féminine et qu'elles se situent de façon plus ou moins avancée dans l'étape du traitement hormonale du parcours de soins.

Enfin, deux sujets sont nommés « Madame » du fait qu'elles aient totalement terminé leur parcours de soins par THC, aient obtenu leur changement d'état civil et qu'elles vivent dès lors en permanence dans l'identité sexuée revendiquée, et cela depuis plus de deux ans.

De façon plus précise, les six sujets volontaires retenus pour participer à cette recherche sont :

**Monsieur XYZ**

**Mademoiselle XYZ**

**Mademoiselle XYZ**

**Mademoiselle XYZ**

**Madame XYZ**

## **Méthodologie**

### **Madame XYZ**

#### **1. 2. 3. Choix des outils**

Pour tester les hypothèses générales, quatre outils ont été retenus. Une présentation plus détaillée de ces outils ainsi que celle de leurs modalités d'utilisation et d'analyse dans cette recherche sera réalisées plus tard dans ce travail, dans la partie dévolue à cette présentation ainsi que dans celle concernant les hypothèses opérationnelles.

Succinctement, ces quatre outils sont :

**Un entretien clinique de recherche** de type semi-directif inspiré de l'approche structurale de Kernberg<sup>499</sup> qui cherche à apprécier le niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité, le degré d'intégration de l'identité et le niveau d'organisation des opérations défensives et ce, notamment par des interventions de clarification, de confrontation, et d'interprétation des défenses, éléments dont l'analyse s'avère pertinente pour notre recherche.

**L'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota 2<sup>ème</sup> version (MMPI-2)** qui permet d'obtenir un matériel statistique descriptif par réponse directe des sujets concernant leur personnalité, ainsi que la comparaison de ces données à la population générale.

**Le test du rorschach** qui par la configuration de ses planches et selon l'approche projectiviste psychodynamique de l'Université Paris Descartes, permet une vaste investigation du fonctionnement psychique des sujets dont en particulier l'analyse des processus de pensée, du traitements des conflits et de l'organisation défensive.

---

<sup>499</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

Puis, le **Thematic Apperception Test (TAT)** qui permet à partir des images de ses planches, d'apprécier les modalités du fonctionnement psychique et l'organisation défensive des sujets par rapport aux problématiques universelles que sont l'œdipe et la perte et ce, à travers l'analyse des procédés d'élaboration du discours aidée par le recours à la grille d'analyse de ces procédés elle aussi élaborée par l'école de psychologie clinique et projective de l'Université Paris Descartes<sup>500</sup>.

### 1. 2. 4. Déroulement des passations

Après avoir rendu compte ou rappelé à chaque sujet l'objectif de la recherche ainsi que nos engagements concernant les données issues de ces rencontres (anonymat, enregistrement, utilisation de ces données dans un cercle restreint et déterminé, effacement des données, droits de refus et de rétractation<sup>501</sup>) et avant de commencer, une autorisation écrite pour l'utilisation de ces données leur était présentée pour être signée marquant ainsi leur consentement éclairé ainsi que notre engagement.

A la suite de cette première étape nécessaire, les entretiens avec chaque participant se sont déroulés en individuel et en face à face. Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone permettant ainsi de retranscrire ultérieurement et de façon fidèle l'intégralité de l'échange verbal. Dans le but d'éviter tout malentendu quant à cet enregistrement, les sujets en étaient avertis dès le premier contact, avant même ce premier rendez-vous pour l'entretien de recherche.

A la fin de cet entretien, il était convenu avec les sujets, d'un second rendez-vous pour la passation des tests projectifs du Rorschach et du TAT.

De même, les modalités de passation de l'inventaire de personnalité MMPI-2 leur étaient présentées et il leur était précisé les conditions particulières du troisième rendez-vous le concernant. Du fait du format papier/crayon de ce test, la passation du MMPI-2 se faisait lors d'un rendez-vous qui lui était réservé. Lors de celui-ci, le praticien lisait au sujet la consigne de ce test et lui présentait le questionnaire et le cahier de réponses. Le sujet était ensuite invité à répondre sur le cahier avec un crayon papier et une gomme pour le cas où il se tromperait de réponse. Afin de ne pas risquer d'être dérangé, cette passation se déroulait dans

---

<sup>500</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>501</sup> En référence aux articles 9 et 20 du code de déontologie du psychologue de 1996.

## **Méthodologie**

une salle réservée à cette effet. Le praticien laissait le sujet répondre à ce questionnaire après lui avoir précisé qu'il restait disponible dans une autre salle du centre dans le cas où il aurait des questions.

A la fin de chaque rendez-vous, il a été demandé au sujet comment il a ressenti cette étape du protocole de recherche et comment de manière générale il se sentait après celle-ci.

### ***1. 3. Présentation des outils***

#### **1. 3. 1. L'entretien clinique**

Compte tenu de la place centrale qu'il occupe dans la pratique professionnelle du psychologue clinicien, le choix de recourir pour cette recherche à l'entretien clinique s'est imposé à nous de façon aussi évidente qu'incontournable. En effet, lors de cette rencontre particulière qu'est l'entretien clinique, le clinicien peut à la fois recueillir des informations approfondies sur l'histoire personnelle et le vécu du sujet mais aussi apprécier *in vivo* la dynamique du fonctionnement psychique de ce dernier.

Toutefois, nous situant ici dans un cadre de recherche, il convient ici de présenter de façon plus détaillée l'entretien clinique en question notamment en précisant le type d'entretien retenu et les références sur lesquelles, il s'appuie.

En effet, premièrement, il s'agit ici d'un entretien clinique à visée de recherche au premier abord de type semi-directif, bien qu'il soit à réponses libres et que la directivité y soit réduite autant que possible<sup>502</sup>.

De même, de manière concordante avec le cadre théorique et les hypothèses générales de ce travail, cet entretien clinique a pour références la théorie psychanalytique et l'approche structurale de la psychopathologie psychanalytique de Kernberg<sup>503</sup>.

---

<sup>502</sup> Castarède M.-F. (1983), L'entretien clinique à visée de recherche in Chiland et al., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 118-145, 2006.

<sup>503</sup> Kernberg O. (1984), *op. cit.*

### 1. 3. 1. 1. Sur l'entretien semi-directif

Pour ce qui est du type d'entretien, le type semi-directif à réponses libres a été retenu du fait que ce type d'entretien présente l'avantage d'offrir un cadre susceptible d'être reproduit ultérieurement - par le recours à une grille thématique d'entretien pouvant être réutilisée - mais aussi du fait que le type conserve tout de même une grande souplesse. En effet, il ne comporte ni ordre, ni priorité entre les thèmes de la grille. Il s'agit ici plutôt de proposer les thèmes que de poser directement des questions. De ce fait, le sujet garde une grande liberté pour répondre comme il le sent, et a même la possibilité de se laisser aller à aborder d'autres thèmes.

Cependant, du fait de recourir à une cette grille d'entretien proposant des thèmes précis à aborder, les données recueillies gardent un caractère plus homogène que le cas du recours à un entretien non directif à réponses libres. Toutefois, ces données ne sont pas non plus strictement limitées comme c'est le cas dans les entretiens directs basés sur un questionnaire précis à respecter à la lettre.

Prenant comme référence les éléments cliniques et le cadre théorique de cette recherche, une grille d'entretien<sup>504</sup> a donc été conçue dans le but de confronter les hypothèses et d'explorer certains aspects centraux liés à la problématique transsexuelle. Ainsi, tel un canevas présentant des lignes principales, cette grille d'entretien se compose de « thèmes larges » qui doivent tous - autant que possible - être abordés durant l'entretien (voir la description de celle-ci ci-dessous). De même, cette grille ne comporte ni questions précises, ni ordre de déroulement ou ordre d'importance entre les thèmes qu'elle propose.

De même, *in concreto*, durant les entretiens, cherchant à laisser le maximum de liberté à la parole des participants, nous n'utilisons cette grille d'entretien qu'en dernier recours, lorsque les participants n'abordaient pas d'eux-mêmes les thèmes qu'elle contient. En effet, le premier objectif de ces entretiens cliniques à visée de recherche reste d'investiguer la subjectivité et le fonctionnement psychique des sujets à travers leur discours de manière similaire à l'association libre de la méthode psychanalytique qui postule que par celle-ci, le contenu latent émerge du contenu manifeste. La grille est donc composée de domaines à explorer mais ne doit pas être assimilée à un questionnaire ou à une liste d'interventions

---

<sup>504</sup> Voir Annexe.



## Méthodologie

directives formulées à l'avance. Au contraire, dans notre recherche, l'entretien est en premier lieu centré sur la personne participante qui dispose de la liberté de déborder sur d'autres thèmes. De même, tout ce qui aura été abordé durant l'entretien, même les éléments ne portant pas sur les thèmes de cette grille pourront être pris en compte dans l'analyse des données.

Pour résumer, considérant que l'entretien de recherche non-directif centré sur la personne est l'entretien clinique par excellence, il est donc autorisé de ne pas se limiter aux thèmes de la grille d'entretien, allant même jusqu'à pouvoir laisser de côté durant un temps cette grille d'entretien, pour laisser place à l'écoute du discours de la personne dans toute sa spontanéité. Poursuivant cette perspective d'un entretien centré sur la personne, il est important de prendre en considération l'asymétrie de la demande. En effet, bien qu'il soit dans la position inhabituelle de demandeur, le clinicien chercheur doit ici garder à une attitude de non-directivité telle qu'elle est définie par C. Rogers<sup>505</sup>. Pour faciliter la communication et le déploiement du discours du sujet, il doit alors adopter vis-à-vis de la personne et de son vécu, une position d'accueil, de respect, de considération réelle et de concentration, et non se focaliser sur les faits abordés par le sujet ou sur les thèmes proposés par la grille d'entretien. Le clinicien doit savoir s'effacer et ne chercher qu'à aider le sujet à s'exprimer. Le nombre de ses interventions doit être réduit au maximum sans pour autant être confondu avec une mise à distance ou un désintérêt. Il peut s'agir de relances ou de reformulations mais en aucun cas, celles-ci omettent de respecter les émotions et sentiments du sujet. Enfin, ses interventions doivent être inspirées et témoigner de l'empathie, du désir de compréhension et de la bienveillance du clinicien qui tend autant que possible vers la neutralité.

Ces éléments et caractéristiques de l'entretien clinique de recherche sont primordiaux et ce, tant pour le bon déroulement de l'entretien clinique de recherche, que pour le respect de la personne du sujet. Ainsi, avant de passer à la présentation détaillée de la grille d'entretien puis à celle de l'approche structurale de Kernberg<sup>506</sup> ainsi que sa méthode d'entretien, il est ici nécessaire de préciser que dans le cas d'une hésitation entre les préconisations de l'entretien clinique de recherche et celles de l'approche de Kernberg, ce sont ces premiers éléments de l'entretien de recherche qui doivent rester prioritaires sur la référence à la méthode de

---

<sup>505</sup> Castarède M.-F. (1983), *op. cit.*

<sup>506</sup> Kernberg O. (1984), *op. cit.*

Kernberg décrite ci-dessous. Autrement dit, dans le doute, il est préférable de préserver une attitude de bienveillance et d'empathie, plutôt que de procéder à une clarification, à une confrontation ou à une interprétation des défenses comme le recommande la méthode de Kernberg<sup>507</sup>.

### *1. 3. 1. 2. Description et utilisation de la grille d'entretien*

Concernant le déroulement de l'entretien clinique de recherche, il a été opté de commencer en proposant à la personne de se présenter elle-même ce qui hormis son aspect très pragmatique et formel offre la possibilité au sujet de s'approprier son discours durant cet entretien. De même, cette introduction permettait d'engager l'entretien dans un contexte autorisant une certaine liberté et une certaine souplesse, mettant au jour l'aspect non-directif de cet entretien et la possibilité d'une relation de confiance qui laisse à la personne le choix d'aborder des sujets confidentiels au moment qu'elle souhaite et de la manière dont elle le souhaite.

De la même façon, la partie intitulée « Centre d'intérêts/loisirs/hobbies » permet à la fois de prendre de la distance avec la problématique transsexuelle et de mettre à l'aise le sujet en montrant un intérêt à sa personne au-delà de cette problématique. En parallèle, elle permet d'obtenir des éléments concernant son investissement de la réalité extérieure et ses relations d'objet...

Par la suite, les thèmes de « La famille » et de « L'enfance » engagent une approche de la vie du sujet dans des sphères plus privées et intimes. Ces deux thèmes étroitement liés offrent la possibilité au sujet de placer son vécu dans une évolution et dans une dynamique allant au-delà du parcours de soins par Transformation Hormonale et Chirurgicale. Toutefois, ces deux parties disposent d'un potentiel d'élaboration et d'analyse très large. En effet, les thèmes auxquels elles se rapportent, peuvent permettre le dévoilement d'informations et d'éléments biographiques primordiaux concernant le contexte familial, les objets parentaux ainsi que l'évolution de la problématique transsexuelle, de l'investissement de la représentation de soi, de l'estime de soi et du regard de l'autre...

---

<sup>507</sup> Kernberg O. (1984), *op. cit.*

## Méthodologie

Suivant ces premiers thèmes abordés, ceux du « Rapport au Féminin/Masculin » et des « Relations aux personnes extrafamiliales » semblent comme dans la continuité de l'entretien. Ils permettent alors au sujet d'aborder la différence des sexes et les rapports sexuels (au sens large) de façon personnelle, de manière abstraite ou concrète, ceci permettant au clinicien d'apprécier les relations d'objets, les représentations et l'investissement des objets selon cette distinction qui tient une place centrale dans la problématique du sujet.

Les parties « Thème (Conviction) et vœu (Désir de changement de sexe) transsexuels » constituent un point central de cet entretien et de cette recherche car concernant directement la problématique transsexuelle dans son commencement et son évolution notamment par avec le recours à la THC. De même, dans le cas où ces thèmes ont déjà été abordés précédemment de manière spontanée dans l'entretien, elles offrent alors la possibilité d'apporter des précisions.

Les derniers thèmes ont pour objectif de conclure l'entretien en rendant la parole au sujet. Le sujet est alors invité à pouvoir dire ou ajouter ce qu'il souhaite sous forme de « Remarques ». Librement et selon leur inspiration du moment, les participants peuvent faire des remarques portant sur eux-mêmes, sur leur parcours de soins, sur l'entretien, sur cette recherche ou sur tout autre sujet lui semblant pertinent et/ou important. De même, il était proposé au sujet de parler d'un ou plusieurs « Projets à venir » lui tenant à cœur. Par ces deux derniers thèmes, il est tenté de remettre le sujet dans l'état émotionnel précédant l'entretien, de le ramener à un certain équilibre. En parallèle, la projection du sujet dans l'avenir et le choix de sa remarque peuvent se révéler être des éléments pertinents quant son rapport à l'épreuve de réalité, sa perception de lui-même et de ses limites, ainsi que concernant son ressenti à propos de cette rencontre, mais aussi concernant son avenir, son environnement ou encore son parcours de soins et la finalité de ce dernier.

### *1. 3. 1. 3. La référence à l'approche psychanalytique structurale de O. Kernberg*

Comme il l'a été exposé ci-dessus dans le cadre théorique, le début de ce cheminement nous ayant mené à une nouvelle approche de la problématique identitaire transsexuelle est le concept de limite issu de la clinique des organisations limites de la personnalité. De la même

manière au niveau de l'entretien clinique, l'approche structurale de Kernberg<sup>508</sup> et sa méthode - toutes deux issues de cette clinique - ont dès lors été retenues pour servir de référence et comme point de départ pour ces entretiens cliniques de recherche.

Cette approche de la psychopathologie psychanalytique, « référence classique » - mais aussi particulière et sujette à des critiques - a été construite à partir de deux principes fondamentaux de l'organisation psychique de la psychanalyse, à savoir :

- le postulat de la division de la psyché en Moi, Surmoi et Ca, en tant que configuration relativement stable de processus mentaux,
- et la référence à l'organisation permanente du contenu des conflits inconscients dont en particulier le complexe d'œdipe en tant qu'organisateur de la psyché se rapportant aux relations d'objet de l'histoire et du développement du sujet.

En cela, le postulat de départ de cette approche est que le fonctionnement psychique du sujet relève de l'organisation de la personnalité qui assure à la fois une fonction de stabilisateur de l'appareil psychique et un rôle de médiateur intermédiaire entre les facteurs étiopathogéniques et les manifestations symptomatiques de la maladie. Cette organisation correspondrait donc à la matrice sous-jacente où prennent naissance les symptômes comportementaux quels que soient les facteurs génétiques intervenant dans l'étiologie de la maladie, avec comme référence les caractéristiques structurales des trois principales organisations de la personnalité : névrotique, limite et psychotique.

Partant de cette perspective théorique de type structurale, Kernberg<sup>509</sup> a formalisé un outil - une méthode d'entretien - visant à investiguer l'organisation de la personnalité. Il nomme cette méthode l'entretien structural qui a pour objectif d'aboutir à un diagnostic structural. Selon Kernberg, dans la continuité de l'entretien dynamique, cet entretien vise à mettre en lumière la structure psychique du sujet. Pour ce faire, l'entretien structural s'intéresse aux symptômes, conflits et difficultés du sujet ainsi qu'à la manière dont ceux-ci vont s'exprimer dans l'interaction ici-et-maintenant de la rencontre avec le clinicien, et cela, selon trois axes que sont :

---

<sup>508</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

<sup>509</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

## Méthodologie

- le niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité,
- le degré d'intégration de l'identité (intégration des représentations du Soi et de l'objet),
- et le type prédominant d'opérations de défense.

Brièvement, la structure névrotique présente une aptitude à l'épreuve de réalité satisfaisante, une identité bien intégrée et une organisation défensive basée sur le refoulement et d'autres opérations défensives de haut niveau. Dans le cas de l'organisation limite, l'épreuve de réalité est perturbée mais pas perdue. Par contre, le sujet présente une diffusion de l'identité et a recours à des opérations défensives de type primitif qui sont organisées autour du clivage qui y tient le rôle principal. Enfin, la structure psychotique est caractérisée par une forte altération - une perte - de l'aptitude à l'épreuve de réalité et une absence d'intégration de l'identité avec des mécanismes de défense primitifs.

D'un point de vue pratique, pour explorer ces trois axes, Kernberg<sup>510</sup> propose durant l'entretien, le recours à trois types d'intervention : la clarification, la confrontation et l'interprétation des défenses.

Durant l'entretien, il convient de commencer par **la clarification**. Concrètement, il s'agit d'explorer avec le sujet les éléments qu'il a fournis qui restent vagues, imprécis, déconcertants, contradictoires ou encore incomplets. Sans remettre en question la parole de la personne, le recours à la clarification permet l'appréciation des limites de la compréhension ou de la confusion du sujet quant à ce qui n'est pas clair. Il s'agit d'une invitation à partir de laquelle le sujet a la possibilité de clarifier lui-même son comportement et son vécu intrapsychique, allant ainsi jusqu'aux limites de ce qu'il connaît et perçoit consciemment de lui-même. La clarification a donc pour objectif d'investiguer le niveau de conscience du sujet vis-à-vis de son discours.

Succédant à la clarification, **la confrontation** tente de rendre le patient conscient de certains aspects potentiellement conflictuels et/ou incongrus du même matériel. Elle nécessite du tact et de la patience pour ne pas prendre un caractère intrusif ou agressif. Pour le clinicien, elle consiste premièrement à attirer l'attention du sujet sur quelque chose pouvant sembler surprenant, inadéquat ou en contradiction avec d'autres aspects puis de faire un

---

<sup>510</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

rapprochement entre des éléments du matériel conscient que le sujet a présentés séparément. Ainsi, elle permet de montrer au sujet des aspects semblant indiquer la présence d'un fonctionnement conflictuel s'exprimant par un affaiblissement du sens de la réalité ou des opérations défensives, ou encore par des représentations contradictoires du Soi ou de l'objet. Selon la réaction du sujet à cette confrontation - par un accroissement ou une diminution du sens de la réalité et la présence ou non de manifestations d'empathie vis-à-vis du clinicien - le clinicien peut alors à la fois apprécier le niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité ainsi que le degré d'intégration de l'identité dans son rapport à l'altérité, dans son rapport à la réalité perçue par autrui.

Enfin, reste **l'interprétation des défenses** qui vise à explorer la nature et les motivations des opérations défensives mises en œuvre, les origines conflictuelles des états du Moi ou encore l'abandon défensif de l'épreuve de réalité. L'interprétation des défenses est donc centrée sur la présence d'angoisses et de conflits sous-jacents ainsi que leur activation. A la différence de la confrontation, l'interprétation tente de relier le matériel Conscient-Préconscient à des motivations présumées inconscientes présentes dans l'ici-et-maintenant. Autrement dit, là où la confrontation rassemble et réorganise les éléments de l'entretien, l'interprétation confère à ce matériel une profondeur et une dimension causale supposée. En cela, elle tente de résoudre l'élément conflictuel de ce matériel en proposant une hypothèse de motivations et de défenses inconscientes sous-jacentes permettant ainsi par le latent d'apporter au sujet une explication à ce qui était contradictoire dans le manifeste. Compte tenu de l'usage courant du terme « interprétation » en psychanalyse, il est nécessaire de préciser comme le fait Kernberg<sup>511</sup>, qu'il ne faut pas confondre « l'interprétation des défenses » avec « l'interprétation du transfert » qui pour sa part - au-delà du lien entre contenu latent et contenu manifeste - renvoie au lien entre l'ici-et-maintenant avec « l'ailleurs et jadis ».

Concernant ces interventions et avant de présenter plus en détail les critères structuraux, il est nécessaire d'aborder le fait que l'entretien structural peut générer une certaine tension chez le sujet du fait qu'il porte sur les conflits internes que ce soit à propos de l'épreuve de réalité, de l'intégration de l'identité ou du niveau des opérations défensives. Ainsi, du point de vue du clinicien, la clarification, la confrontation et l'interprétation exigent

---

<sup>511</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

## Méthodologie

du tact. Le clinicien doit garder à l'esprit que ces interventions bien que particulières, ne doivent en aucun cas aller à l'encontre de son respect, de son engagement et de son honnêteté vis-à-vis du sujet et de la réalité affective de ce dernier. Pour ce travail de recherche, le recours à ces interventions a donc été fait avec précautions, prenant en considération le cadre, ses limites et le fait que l'entretien structural est ici utilisé dans une optique de recherche différente de son objectif initial. En effet, la demande émane ici avant tout du clinicien chercheur. S'il n'est pas exclu que le sujet est lui-aussi une demande ou obtienne un bénéfice à participer à cette recherche, ceux-ci restent implicites, indirects voire inconscients, en comparaison avec la demande concrète, directe et effective qui vient du clinicien. Le sujet ne vient pas consulter. Il a accepté de participer à une recherche. De ce fait, pour cette recherche, les conduites de clarification, de confrontation et d'interprétation sont donc retenues, gardant cependant à l'esprit que leur utilisation nécessite prudence et attention quant au respect dû au sujet, ainsi que quant à la préservation d'une bienveillance à l'encontre de dernier et quant au bon déroulement de l'entretien.

Pour finir sur l'entretien structural, il convient maintenant de revenir plus en détails sur les trois axes à investiguer :

### a. Le niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité

Le niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité est un critère fondamental de l'approche structurale. Selon Kernberg<sup>512</sup>, l'aptitude à l'épreuve de réalité se définit par :

**la capacité de distinguer le Soi du non-Soi**, de différencier l'origine intrapsychique ou extérieure des perceptions et des stimuli, ainsi que **la capacité d'évaluer de façon réaliste** ses propres affects, contenus de pensées et ses comportements selon les normes sociales habituelles.

Ainsi, d'un point de vue clinique, l'aptitude à l'épreuve de réalité peut être appréciée par :

- l'absence ou la présence d'hallucinations et de délires,
- l'absence ou la présence d'affects, de contenus de pensées ou de comportements manifestement inadéquats ou bizarres,
- et par la capacité ou non de comprendre dans une relation d'empathie, les remarques que font les autres sur ce qui leur paraît inadéquat ou surprenant

---

<sup>512</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

dans les affects, le comportement ou les contenus de pensée du sujet dans un contexte habituel d'interaction sociale.

Succinctement, un niveau satisfaisant d'aptitude à l'épreuve de réalité est maintenu dans les organisations névrotique et bien que perturbé n'est pas perdu dans l'organisation limite. Au contraire, l'épreuve de réalité est perdue dans l'organisation psychotique. Ainsi, ce critère structural permet de différencier les états névrotiques mais surtout limites, des structures psychotiques.

Plus précisément, selon Kernberg<sup>513</sup>, l'aptitude à l'épreuve de réalité peut être considérée comme satisfaisante quand le sujet n'a jamais présenté d'hallucinations ou de délires, ou lorsqu'il en a souffert par le passé mais qu'il montre dans l'immédiat une capacité à reconnaître pleinement leur nature et leur origine intrapsychique tout en exprimant de façon adéquate l'inquiétude et l'étonnement face à ce phénomène.

De son côté, le clinicien peut aussi évaluer le niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité du sujet en observant l'éventuelle présence chez ce dernier d'affects, de comportements ou de contenus de pensée, mais aussi en prêtant attention à la capacité d'empathie du sujet vis-à-vis de ses perceptions ainsi qu'à l'interaction globale au cours de l'entretien.

Par ailleurs, le recours à l'interprétation des défenses peut éclairer l'appréciation du niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité du sujet. En effet, dans le cas d'une amélioration immédiate du fonctionnement du sujet suite à ce type d'interprétation par le clinicien, il est alors possible d'observer et de conclure à une aptitude à l'épreuve de réalité. Au contraire, une détérioration immédiate du fonctionnement découlant d'une interprétation des défenses, indique la perte de l'aptitude à l'épreuve de réalité chez le sujet.

### **b. Le degré d'intégration de l'identité**

Pour sa part, le second axe qu'est le degré d'intégration de l'identité renvoie à l'intégration, à la diffusion ou à l'absence d'intégration des représentations bonnes et mauvaises du Soi et de l'objet en des images unitaires et distinctes d'un Soi globale pour les premières et d'un objet total pour les secondes.

---

<sup>513</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*



## Méthodologie

Dans le cas de l'organisation névrotique, le degré d'intégration de l'identité est suffisant et stable. Les images du Soi et celles de l'objet sont bien différenciées et intègrent respectivement les représentations bonnes et mauvaises qui leur reviennent du fait de l'accès à l'ambivalence. Au contraire, dans les organisations limite et psychotique, le degré d'intégration de l'identité est insuffisant et se traduit dans le premier cas par une diffusion de l'identité, et par une absence d'intégration de l'identité dans le second. Plus précisément, dans les structures psychotiques, la non différenciation entre les représentations du Soi et de l'objet aboutissent à une fusion régressive avec une confusion Soi/objet. De manière subtilement différente, dans le cas de l'organisation limite, la distinction entre les représentations du Soi et de l'objet se met en place et opère suffisamment pour que se mettent en place les frontières du Moi et une délimitation du Soi et de l'objet. Cependant, l'intégration des bons et mauvais aspects de la réalité du Soi et de l'objet, reste comme mise en échec du fait d'une agressivité précoce sévère et prédominante qui aboutit à une diffusion de l'identité au sein de laquelle les représentations du Soi et de l'objet restent à la fois multiples, contradictoires et mal délimitées c'est-à-dire diffuses. C'est dans cette configuration et face à cette identité dès lors marquée par une certaine précarité qu'intervient alors de manière centrale, le clivage des représentations du Soi et de l'objet cherchant à maintenir dans les relations narcissico-objectales, les caractéristiques bonnes du Soi et de l'objet, d'une contamination par le mauvais. D'un point de vue clinique, cette diffusion de l'identité se traduit alors chez le sujet limite par :

- une expérience subjective de vide chronique,
- une perception superficielle et appauvrie des autres,
- et par des perceptions du Soi et des comportements, tous deux contradictoires et ne pouvant être intégrés de façon significative au niveau affectif.

Ainsi, lors de l'entretien, le degré insuffisant d'intégration de l'identité du sujet - absence d'intégration dans le cas de la psychose et diffusion de l'identité dans le cas de l'organisation limite - se manifeste par *une intégration incomplète de l'idée de Soi et des proches*, c'est-à-dire par une incapacité du sujet à faire part et à présenter au clinicien ses relations avec les autres comme significatives :

- Le discours et le partage du patient à l'attention du clinicien restent comme factuels, plaqués ou dépourvus de valeur affective gênant la position d'empathie de ce dernier. En effet, l'empathie du clinicien est comme

déstabilisée voire désarçonnée par les représentations que le sujet a de lui-même et de ses relations aux autres.

- De même, le clinicien peut aussi repérer le degré insuffisant d'intégration de l'identité dans l'histoire d'un comportement manifestement contradictoire, ou dans le passage *in vivo* au cours de l'entretien, d'un état affectif à un autre donnant lieu à une perception du Soi ou à un comportement si contradictoire que le clinicien ne peut que difficilement parvenir à se représenter le sujet et son entourage en tant que personnes entières.

Par ailleurs, comme le fait remarquer Kernberg<sup>514</sup>, *la qualité des relations d'objet* est largement tributaire du degré d'intégration de l'identité, celle-ci participant à l'intégration d'une constance des images que le sujet a de lui-même et des autres. En cela, la qualité des relations d'objet a valeur d'indice du degré d'intégration de l'identité. Dans le cas de la diffusion de l'identité, les descriptions de ses proches faites par le sujet sont souvent si contradictoires que les images de ceux-ci apparaissent comme superficielles ou caricaturales et cela, au point que le clinicien - comme il l'est exposé ci-dessus pour les représentations du Soi et de relations à autrui - ne parvient que difficilement à les assimiler pour s'en faire une image claire. Il s'agit alors d'observer :

- la stabilité et la profondeur des relations que le sujet entretient avec ses proches, ses capacités d'empathie et de compréhension vis-à-vis d'autrui,
- sa capacité à maintenir ces relations lorsqu'elles sont perturbées par un conflit ou une frustration,
- et l'établissement progressif *in vivo* dans l'interaction de l'entretien, d'une relation adéquate ou au contraire chaotique, vide, bloquée ou distordue pouvant être accompagnée ou non d'une perte du rapport à l'épreuve de réalité.

Enfin, pour finir sur cet axe de l'identité, il faut souligner que Kernberg<sup>515</sup> propose deux critères additionnels pour affiner l'appréciation du degré d'intégration de l'identité : les manifestations de la faiblesse du Moi et le degré et la qualité de l'intégration du Surmoi. Cependant, toujours selon Kernberg, la qualité d'intégration du Surmoi est un critère diagnostique peu fiable et difficile à évaluer en-dehors d'un suivi sur plusieurs rendez-vous. De même, sa valeur concernant le degré d'intégration de l'identité serait plutôt pronostique. Ainsi, elle n'a pas été retenue comme sous-axe d'analyse d'entretien pour cette recherche.

---

<sup>514</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

<sup>515</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

## Méthodologie

Pour ce raisons, elle ne sera donc pas présentée ci-dessous même s'il faut lui reconnaître un hypothétique intérêt concernant le pronostic de la prise en charge par THC. Au contraire, les manifestations de la faiblesse du Moi sont un critère très pertinent de l'approche structurale permettant d'éclairer le degré d'intégration de l'identité notamment pour différencier les organisations psychotique et limite. Cependant, Kernberg précise que le degré de pertinence de ce critère diagnostique est à nuancer notamment du fait qu'il ne permet pas une distinction nette entre les organisations limite et névrotique. Selon lui, ce critère doit donc plutôt être compris et utilisé comme un indicateur qualitatif du degré d'intégration d'identité ainsi que du niveau des opérations défensives. Ainsi, ce critère structural a été retenu pour ce travail de recherche, même s'il est noté qu'il doit être utilisé avec précaution conformément aux remarques de Kernberg<sup>516</sup> qui viennent juste d'être présentées. Pour cet auteur, *les manifestations de la faiblesse du Moi* renvoient au recours aux opérations de défenses primitive, à la tolérance à l'angoisse, au contrôle des impulsions et à la capacité de développement de voies de sublimation chez le sujet. Pour aller plus loin, il est nécessaire de rendre compte de la distinction de Kernberg entre les manifestations *spécifiques* de la faiblesse du Moi et les manifestations *non spécifiques*. Selon lui, les premières concernent l'utilisation prédominante de mécanismes primitifs de défense dans l'organisation de la personnalité du sujet, alors que les secondes renvoient à :

- un niveau bas de tolérance à l'angoisse ne permettant pas au sujet de supporter une tension trop forte et intense, sans que celle-ci ne s'accompagne d'une aggravation des symptômes ou d'un comportement régressif d'ensemble ;
- un manque de contrôle des impulsions de telle sorte que le sujet confronté à de fortes émotions et à des expériences de besoin, ne peut s'empêcher de passer immédiatement à l'acte malgré le fait que ces recours à l'acte aillent à l'encontre de son intérêt ;
- ainsi qu'à un non accès à la sublimation, à la capacité du sujet de s'investir dans des valeurs dépassant un intérêt personnel immédiat, et tout particulièrement, un non accès à des capacités créatrices dépassant le milieu de vie et l'éducation du sujet.

D'un point de vue pratique, ces traits caractéristiques de la faiblesse non spécifique du Moi apparaissent dans le comportement directement observable et dans l'histoire personnelle du sujet.

---

<sup>516</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

### **c. Le niveau d'organisation des opérations défensives**

Kernberg<sup>517</sup> expose la distinction « classique » en psychanalyse entre deux niveaux d'organisation des opérations défensives.

Brièvement, l'organisation défensive névrotique se construit à partir du refoulement autour duquel vont alors s'articuler d'autres mécanismes de défense de haut niveau telles que la formation réactionnelle, l'isolation, l'annulation, l'intellectualisation et la rationalisation. Par cela, cette organisation défensive vise à protéger le Moi en rejetant hors de sa partie consciente le dérivé pulsionnel (et/ou sa représentation) à l'origine des conflits intrapsychiques.

De façon différente, les défenses narcissiques primitives des organisations limites et psychotique ont pour objectif de protéger le sujet d'une désintégration plus grave des frontières du Soi et de l'objet. Par ces défenses, il s'agit de protéger le Moi contre les conflits en maintenant distinctes les perceptions contradictoires du Soi et ce, au prix d'un affaiblissement du fonctionnement du Moi mais aussi, au prix d'une diminution de la souplesse défensive et de l'efficacité de ces défenses dans la vie quotidienne du sujet.

Pour Kernberg<sup>518</sup>, dans les deux organisations psychotique et limite, ce sont donc les mêmes mécanismes de défense dits primitifs qui sont à l'œuvre dont en premier lieu, le clivage autour duquel vont s'organiser les mécanismes connexes qui lui sont apparentés, à savoir le déni, l'idéalisation primitive, la toute-puissance, la dévalorisation ainsi que l'identification projective et les formes précoces de projections.

Au niveau pratique, la nuance entre les organisations psychotique et limite concernant cet axe vient du fait que l'interprétation des défenses primitives accroisse la régression chez le sujet dans le cas de la psychose, alors qu'elle entraîne une amélioration quasi immédiate du fonctionnement du sujet dans le cas d'une organisation limite. Ainsi, lors de l'entretien, cette amélioration ou dégradation (même temporaire) de l'état du sujet s'avèrera donc être un indice pour différencier ces deux organisations qui utilisent les mêmes opérations défensives. Pour cette raison, il convient maintenant de décrire avec plus de précision et selon le point de

---

<sup>517</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

<sup>518</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

## **Méthodologie**

vue de Kernberg<sup>519</sup>, chacun de ces mécanismes de défenses et par la même occasion, d'exposer la relation étroite qui les lie les uns aux autres et d'éclairer leur rôle quant au degré d'intégration de l'identité, par rapport à l'aptitude à l'épreuve de réalité et dans l'organisation de la personnalité du sujet en générale.

### **Le clivage**

Compte tenu de sa place centrale dans l'organisation défensive primitive, il convient de commencer cet exposé par le clivage. Sa manifestation la plus nette et « classique » correspond la dichotomie radicale des objets externes selon une caractéristique exclusive, un marquage en « tout bon » ou « tout mauvais » - clivage horizontal de Kohut décrit par Estellon<sup>520</sup> - d'où les risques de renversement complet et brutal des sentiments et conceptions du sujet vis-à-vis de l'objet et de l'autre. Cependant, il peut aussi s'observer dans une oscillation répétitive et extrême des idées contradictoires du Soi. Durant l'entretien, cela peut se traduire par des changements soudains dans la manière dont le sujet se perçoit lui-même et perçoit le clinicien, par des réactions contradictoires sur un même thème, changements qui s'accompagnent d'un accroissement de l'angoisse lorsque le clinicien pointe ces représentations contradictoires du Soi et de l'objet. Ainsi, en plus d'être un indicateur du degré d'intégration de l'identité, l'analyse du clivage par le recours aux clarifications, confrontation et interprétation, renseigne sur le rôle que ce mécanisme joue quant au rapport à l'épreuve de réalité (par un accroissement ou une diminution), et sur la rigidité des traits de personnalité qui fixent ce clivage entraînant des problèmes constants.

### **Le déni**

Le déni est le mécanisme permettant la coexistence simultanée de deux champs distincts et indépendants au sein de la conscience. En cela, il s'avère être un mécanisme renforçant le clivage. D'un point de vue clinique, le patient peut se rendre compte que ses perceptions, ses pensées et ses sentiments concernant autrui mais aussi lui-même, à un moment donné, sont en opposition totale avec son ressenti actuel mais qu'ils ne peuvent être modifiés et donc intégrés. Ainsi, lors de l'entretien, le déni peut se manifester par une absence de réaction affective en décalage avec une situation importante dans la vie du sujet, ou par

---

<sup>519</sup> Kernberg O. (1984), *op.cit.*

<sup>520</sup> Estellon V. (2010), *op. cit.*

l'exclusion totale de tout un domaine de sa conscience subjective ou de son expérience vécue, dans le but d'écartier toute éventuelle conflictualité. Par ailleurs, l'effort d'empathie du clinicien peut alors donner l'occasion au sujet, de se rendre compte du contraste entre cette attitude et la sienne.

### **L'idéalisation primitive**

L'idéalisation primitive consiste à accentuer les effets du clivage « horizontal » d'objet en « tout bon » et « tout mauvais », en amplifiant de manière artificielle et pathologique le caractère « bon » ou « mauvais ». Il en résulte alors des images irréalistes entièrement bonnes et toutes-puissantes. Dans l'interaction de l'entretien, l'idéalisation peut se manifester par la manière dont le sujet s'adresse au clinicien comme à une figure idéale et toute-puissante en qui il place une confiance manquant profondément de réalisme. Le clinicien comme les autres personnes idéalisées est alors perçu comme un allié éventuel contre les objets perçus au contraire, comme « tout mauvais » et puissants et ce, de manière toute aussi irréaliste.

### **La toute-puissance et la dévalorisation**

Ces deux opérations défensives dérivent directement du clivage et affectent les représentations du Soi et de l'objet. Il s'agit de surgissement d'états du Moi reflétant la relation d'un Soi grandiose démesuré à des représentations dépréciées et dégradées des autres. Au niveau clinique, ces opérations peuvent alors s'observer dans les descriptions que le sujet fait de ses proches et des relations qu'il entretient avec eux, mais aussi dans le comportement du sujet au cours même de l'entretien.

### **Identification projectives et formes précoces de projection**

Premièrement, il est ici nécessaire de distinguer les formes précoces de projection de celles plus élaborées en relation avec le refoulement. Ainsi, par exemple, dans le cas de la névrose phobique, la projection s'accompagne du déplacement laissant le sujet dans une sorte d'aveuglement, maintenant ainsi le refoulement. A l'opposée, les formes les plus précoces de projection dont l'identification projective se caractérisent par la persistance chez le sujet des sentiments projetés sur l'autre, de la peur vis-à-vis de cet autre, et du besoin de contrôler cet autre par ces mécanismes primitifs. Le sujet accuse alors autrui d'avoir envers lui des réactions sans se rendre compte qu'il les induit lui-même par son comportement.

## Méthodologie

### 1. 3. 2. Le test du rorschach

D'un point de vue matériel, le test du rorschach est un test non figuratif composé de dix planches sur lesquelles apparaissent des tâches d'encre organisées symétriquement autour d'un axe central. En cela, le test du rorschach constitue une épreuve projective de type structurale se différenciant des épreuves projectives thématiques tel le TAT (voir ci-dessous).

Ainsi, comme le fait remarquer C. Chabert<sup>521</sup> :

Premièrement, lors de la passation de ce test, le sujet se trouve confronté à une double exigence de par la consigne et les caractéristiques de ce matériel. En effet, par son matériel abstrait et structuré, le test du rorschach invite le sujet à organiser et traiter à la fois son monde interne et cet élément proposé, de la même manière qu'il le fait dans son environnement et dans sa vie quotidienne. Ainsi, durant la passation de ce test, il s'agit alors pour le sujet, d'une part, de se conformer aux limites imposées par la réalité extérieure mais aussi, de se laisser aller à recourir à l'imaginaire et ce, tout en faisant face aux fantasmes et aux affects qui se rattachent à ce matériel. En cela, le test du rorschach est un test permettant d'apprécier le mode d'appréhension par lequel le sujet prend en considération, traite et organise l'articulation entre son monde interne et la réalité matérielle extérieure.

Deuxièmement, de par sa caractéristique structurale, le test du rorschach s'avère être une véritable épreuve des limites permettant d'appréhender la solidité ou la précarité des processus d'individuation et la qualité de l'intégration de l'image « psychique et fantasmatique » du corps. En effet, la matérialité des tâches d'encre sollicite chez le sujet, sa capacité à établir une distinction entre le dedans et le dehors, témoignage d'un niveau de développement compatible ou non avec l'instauration de relations objectales. De plus, il faut souligner qu'au-delà des stimulations perceptives induites par ce matériel, celui-ci infère une réactivation des contenus latents et une résonance fantasmatique en lien avec la dynamique du développement libidinal du sujet, véritables indicateurs de la « construction de l'identité, des processus identificatoires et de l'élaboration des représentations de relations ». Par ceux-ci, le recours au test du rorschach permettra d'explorer l'organisation psychosexuelle des patients transsexuels de notre étude et ce, à un niveau de profondeur habituellement difficile à appréhender par un unique entretien clinique de recherche.

---

<sup>521</sup> Chabert C. (1998b), *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, 2004, p.29.

Enfin, il faut souligner le statut de média de la passation du test. Ainsi, par le recours à celui-ci et par le jeu entre adaptation perceptive et laisser-aller subjectif que la passation autorise, cette situation particulière de test mobilise dans l'ici-et-maintenant de la relation intersubjective entre le sujet et le clinicien, l'investissement d'une aire transitionnelle telle qu'elle est définie par Winnicott<sup>522</sup>.

### 1. 3. 2. 1. Consigne et modalités de passation

Avant d'exposer plus précisément les caractéristiques manifestes et sollicitations latentes de chaque planche, il est important de présenter les conditions de passation de ce test.

Tout d'abord, avant de faire passer ce test, il est plus que recommandé de procéder à un entretien clinique préalable dans le but de rencontrer la personne, de la connaître, mais aussi afin de la rassurer concernant cette passation et lui faire expérimenter une première fois le climat de confiance dans lequel se déroule l'entretien et les passations.

Le clinicien doit avoir à l'esprit que le test du rorschach est un instrument sensible qui nécessite qu'il prenne en considération et prête attention aux conditions de passation pour préserver un cadre de sécurité psychique pour le sujet. En cela, en plus de la bienveillance, l'obtention de l'accord du sujet dans des conditions de consentement libre et éclairé est une condition nécessaire et obligatoire avant de commencer la passation.

Au début de la passation, la consigne suivante est verbalisée une seule fois :

*« Je vais vous montrer une série de dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches. »*<sup>523</sup>

Comme écrit ci-dessus, celles-ci imposent au sujet de chercher un compromis entre l'invitation à y projeter son monde interne et les sollicitations perceptives. En effet, cette consigne met l'accent sur l'hypothétique et l'imaginaire du sujet, convoquant à la fois la réalité perceptive externe, l'imaginaire ainsi que la créativité.

D'un point de vue plus pratique, les planches doivent être présentées au sujet droites, dans l'ordre croissant de I à X. Il faut tenir compte des retournements par le sujet. Dans le cas où le sujet s'emblerait s'enliser dans une inhibition, il est possible de tenter de le relancer en

---

<sup>522</sup> Winnicott D. W. (1971a), *op. cit.*

<sup>523</sup> Chabert C. (1983), *Le rorschach en clinique adulte*, Paris, Dunod, 1997, p.23.



## Méthodologie

lui proposant par exemple de retourner la planche. Lors de la passation spontanée, le clinicien doit noter toutes les réponses du sujet mais aussi toutes verbalisations, tous commentaires et toutes manifestations non verbales. Pour chaque planche, le temps de latence et le temps total doivent être notés.

Après cette passation spontanée, lorsque les banalités principales n'ont pas été données par le sujet, il est alors nécessaire que le clinicien procède à l'enquête aux limites. La banalité est un indicateur d'une réponse adaptative en relation avec l'appartenance à la pensée collective. Ainsi, un nombre bas de banalités dans un protocole peut être l'indice d'une personnalité pathologique. De même, un trop grand nombre de banalités peut aussi être synonyme d'une hyper-adaptation. Toutefois, certains sujets faisant preuve d'une pensée originale peuvent se distinguer de cette réalité collective sans pour autant présenter un trouble psychique. Lors de l'enquête aux limites, il s'agit alors de suggérer au sujet la banalité sans être trop direct, le sujet pouvant ainsi acquiescer ou non dans le sens de cette proposition.

### 1. 3. 2. 2. *Le matériel*

#### a. Les caractéristiques manifestes des planches

Concernant les caractéristiques manifestes, l'école de psychologie clinique et projective distingue les planches selon deux aspects : formel et chromatique, autrement dit selon les dimensions structurale et sensorielle.

**La dimension structurale** correspond à l'appréhension formelle de la planche par le patient en lien avec son approche perceptivo-cognitive. En cela, l'analyse de cette dimension permet donc d'apprécier les processus de pensée. Pour cette appréciation, on distingue les planches présentant des tâches de type *compactes*, de celles de configuration *bilatérale*.

**Les planches I, IV, V, VI et IX ont des tâches compactes** et sont considérés comme favorisant une approche perceptive globale et unitaire. De ce fait, selon l'approche psychanalytique, il est admis que ces planches favorisent la projection d'images rendant compte d'une représentation de soi en référence à la notion d'identité : unitaire ou confuse, clairement distinguée ou non. De même, dans la continuité de la représentation de soi, ces planches constituent une mise à l'épreuve des limites entre le dedans et le dehors ainsi qu'entre le sujet et l'autre. Les réponses du sujet à ces planches permettent donc d'apprécier la capacité du sujet à se représenter comme un individu à part entière à partir d'une image du corps distinct, témoignant de son sentiment d'identité et de ses identifications subjectives. De

même, par les métaphores corporelles présentes dans ces réponses, le sujet exprime sa réalité personnelle et privée, son espace psychique propre et la manière dont il appréhende et ressent son monde interne. Selon cette perspective, les représentations mal différenciées, les frontières poreuses et peu définies, les interprétations entre dedans/dehors ainsi qu'entre le sujet et le monde externe rendent compte d'une identité floue, précaire, confuse, ou encore fragmentée et morcelée sans rassemblement possible par le Moi et ses fonctions d'unification et de différenciation.

Pour leur part, **les tâches des planches II, III, VII sont structurées de façon bilatérales** et favorisent par cela, l'évocation de représentations de relations dans des modalités spéculaires ou conflictuelles sous-tendues par des mouvements objectaux libidinaux ou agressifs.

Toujours selon cette dimension structurale, **la planche VIII est particulière** car à la fois compacte de par sa masse centrale et en même temps, bilatérale sur les côtés avec l'apparition des couleurs pastel. Du fait de cette particularité, elle suscite alors à la fois la représentation de soi et les représentations de relations.

Enfin, de manière différente, du point de vue de sa structuration, **la planche X est quant à elle singulière** avec des tâches distinctes éparpillées avec la présence de plusieurs couleurs sur la planche tendant alors vers une forte fragmentation, mais comportant aussi à l'inverse, des points de contacts entre ces fragments. A cette singularité, il convient de prendre en compte le fait qu'il s'agisse de la dernière planche clôturant la première partie spontanée de la passation convoquant ainsi une certaine angoisse.

Concernant maintenant **la dimension sensorielle**, les caractéristiques chromatiques des planches sont empiriquement associées aux sensations, aux affects et à l'éprouvé en générale.

En premier lieu, on distingue **les planches I, IV, V, VI qui sont les planches noires (ou achromatiques)** et sont connotées d'affects anxieux ou dépressifs du fait de leur aspect sombre. L'insistance sur la couleur noire renvoie à la dépression d'objet alors que celle sur la couleur blanche est associée à la dépression narcissique.

## **Méthodologie**

Pour leur part, **les planches II et III sont les planches dites « rouges »**. Il est à noter qu'en plus de l'apparition du rouge, ces planches comportent une configuration bilatérale (voire signification ci-dessus). Le rouge suscite des affects forts voire violents, et ces planches favorisent dès lors l'émergence de mouvements pulsionnels intégrés ou non à des scénarios relationnels sexuels ou agressifs.

**Les planches VIII, IX, X sont les planches pastel**, considérées comme engageant des mouvements régressifs liés aux tonalités de ces couleurs et aux fléchissements progressifs liés à la passation.

Enfin, selon cette dimension, **la planche VII est à situer à part avec une coloration gris clair et une large ouverture sur le blanc**. Ainsi, en référence à l'approche psychanalytique, cette forme en creux serait probablement à l'origine de sollicitations latentes renvoyant au féminin maternel.

### **b. Les sollicitations latentes des planches**

Pour terminer cette présentation du test du rorschach, il est nécessaire d'aborder le fait que certains thèmes apparaissent régulièrement et de façon privilégiée à certaines planches correspondant à leurs **sollicitations latentes des planches**. Ainsi, pour chacune de ces planches :

**La planche I** est la première planche présentée au sujet. En cela, elle situe le sujet face au test le renvoyant à l'expérience d'un premier contact avec un objet inconnu. Cette planche sollicite donc des images évocatrices des relations précoces avec le premier objet. D'autre part, du fait de ses caractéristiques manifestes : axe clairement défini et allure fermée, cette planche sollicite la référence au corps humain et offre à la fois une mobilisation narcissique - l'image du corps, la représentation de soi - et une mobilisation objectale, la relation à l'image maternelle.

**La planche II** est construite en configuration bilatérale avec une lacune centrale lui conférant ainsi trois couleurs noir/blanc/rouge. Ces caractéristiques manifestes sont habituellement appréhendées dans des représentations des plus archaïques sous la forme d'un tout éclaté. La lacune centrale induit un fort ébranlement des possibilités d'unification et de délimitation entre le dedans et le dehors, et est ressentie comme un vide interne, une faille corporelle fondamentale. Ce type d'image de soi s'associe alors à des représentations symbiotiques fusionnelles ou destructrices. Dans un autre registre, cette planche peut aussi

potentiellement renvoyer à la problématique de la castration. La lacune est alors ressentie comme un trou lié à une blessure, et est parfois contre-investie par la valorisation de la pointe médiane, celle-ci prenant alors la valeur d'un symbole phallique. A cette planche, les références sont souvent féminines (règles, gestation, naissance, fantasmes sexuels...), et cette planche sollicite alors des scénarios dans lesquels les investissements pulsionnels sont intensément mobilisés dans leur valence ou agressive, ou libidinale.

De par sa bisexualité manifeste, **la planche III** met l'accent sur les processus d'identification sexuelle (personnages présentant à la fois une poitrine féminine et un pénis). Elle rend difficile un choix clairement défini. Ainsi, le sujet en conflit se retrouve tiraillé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne. Les représentations de relations y sont habituellement moins brutales qu'à la planche II, mais donne tout de même lieu à des managements pulsionnels agressifs ou libidinaux. Le caractère plus socialisé de ces relations est justifié par la sollicitation de représentations humaines en banalité, la participation subjective et donc projective étant de ce fait moins sollicitées.

De par sa massivité, sa construction et ses qualités sensorielles, **la planche IV** évoque des images de puissance avec un symbolisme phallique sans toutefois préjuger d'un caractère masculin ou féminin. Dans les cas d'appréhension de qualité satisfaisante, la puissance phallique est alors associée à une image masculine. Cependant, l'interprétation de cette planche peut aussi s'orienter vers une imago maternelle phallique dangereuse. De manière plus générale, cette planche rend compte de la position prise par le sujet vis-à-vis des images de puissance et cela, par des identifications à leur force dynamique à travers des représentations de personnages très actifs, ou bien au contraire à travers des représentations de passivité et de réceptivité. Enfin, il est à noter qu'elle ne renvoie que difficilement à la représentation du corps.

**La planche V** est considérée comme la planche de l'identité et de la représentation de soi, par excellence. Elle renvoie à la notion de *Self* en tant qu'identité au sens psychique, et non de façon restreinte, à l'unique schéma corporel. Ainsi, elle se révèle un indicateur extrêmement sensible à la fragilité narcissique, avec des manifestations dépressives liées à la mésestime de soi, une affirmation mégalomane ou encore un exhibitionnisme en quête de gratifications narcissiques. Par ailleurs, du fait de l'évidence de la banalité « chauve-souris » très fréquente dans les réponses à cette planche, cette dernière constitue aussi une véritable épreuve de la réalité fondamentale quant à l'approche du monde extérieur, témoignant par la

## Méthodologie

même occasion de la grande interdépendance entre la représentation de soi et le rapports aux objets externes.

**La planche VI** est habituellement considérée comme porteuse de symbolisme sexuel et tout particulièrement de la bisexualité. La partie supérieure a une dimension pénienne-phallique dominante, alors que la partie inférieure renvoie à des images sexuelles féminines avec une sensibilité passive et réceptive.

**La planche VII** par sa configuration en creux et l'interpénétrabilité entre le gris et le blanc présente une forte résonance maternelle. En cela, cette planche permet d'approcher les modalités de relations à l'image maternelle - des plus archaïques aux plus évoluées - dans une relation symbiotique ou fusionnelle, dans une relation d'objets marquée par l'analité ou l'oralité, avec des sentiments de bien-être, de béatitude, d'apaisement, ou alors au contraire, des sentiments d'insécurité, d'angoisse, de dépression liée à la perte ou à une quête éperdue d'un bon objet. Pour résumer, cette planche est un médiateur exceptionnel des relations précoces. Toutefois, dans un autre registre identificatoire, elle permet aussi d'apprécier le positionnement du sujet par rapport au modèle féminin : opposition, conflit ou soumission passive, ou encore valorisation ou dévalorisation des images féminines.

Enfin, **les planches pastel VIII, IX et X** suscitent l'émergence d'émotions et d'affects et permettent d'appréhender le type de rapport que le sujet entretient avec son environnement. Ces planches donnent lieu à des réactions très diverses ne permettant donc pas de procéder à un regroupement thématique. Toutefois, selon le laboratoire de psychologie projective de l'Université Paris Descartes, il est admis que **la planche VIII** est la planche des contacts avec le monde extérieur, que **la planche IX** aussi nommée planche utérine favorise les références maternelles précoces, et que **la planche X** peut être considérée comme la planche de séparation-individuation. Par ailleurs, il est généralement reconnu que ces planches pastel facilitent la régression. En effet, la prégnance des couleurs et l'intensité de la stimulation externe qu'elles suscitent, viennent éveiller la sensibilité au réel. Des manifestations primitives d'une sensorialité précoce, d'un vécu antérieur à l'acquisition du langage verbal sont alors réactivées renvoyant le sujet à des expériences de plaisir et de déplaisir liées à ses contacts les plus primitifs à son environnement relationnel.

### 1. 3. 3. Le Thematic Apperception Test, TAT

Le TAT est une épreuve projective thématique inventée en 1935 par H. Murray.<sup>524</sup> Dans sa première édition, ce test se composait d'une série de 31 planches représentant des personnages ou des paysages à partir desquelles, le sujet doit élaborer un récit. A partir de ces images qui stimulent l'imagination du sujet et le forcent à traiter à sa manière certaines situations humaines classiques, celui-ci est invité par la consigne à inventer une histoire à partir de chaque planche.

En 1990, en France, V. Shentoub<sup>525</sup> propose d'appliquer au TAT les concepts de la métapsychologie freudienne et de centrer son interprétation sur la forme du récit considérant que celui-ci témoigne des mécanismes de défense et des modalités de fonctionnement du psychisme du sujet.

*« les procédés d'élaboration du discours sont sous-tendus par des opérations inconscientes (mécanismes de défense et autres modalités de conduites psychiques) dont ils sont la traduction manifeste »<sup>526</sup>*

Pour ce faire, parmi les 31 planches initiales, V. Shentoub<sup>527</sup> retient les planches les plus significatives et pertinentes pour l'abord des problématiques centrales du fonctionnement psychique. Réduites au nombre de 18, ces planches retenues suscitent les conflits touchant à l'identité, aux identifications secondaires, au narcissisme et aux relations d'objet. En effet, celles-ci représentent pour la plupart des personnages seuls ou en situation relationnelle. Plus précisément, dans son déroulement, le sujet est confronté à une modification du stimulus. Les planches passent d'images où les situations vont des plus aux moins structurées. Les dix premières planches sont plus figuratives et représentent des personnages sexués, alors que pour leur part, les planches 11, 19 et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis. Pour C. Chabert et F. Brelet-Foulard<sup>528</sup>, en dépit du caractère manifeste de toutes ces planches, une problématique spécifique correspond à chacune de celles-ci et renvoie alors à un fantasme sous-jacent.

---

<sup>524</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>525</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>526</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>527</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>528</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

## Méthodologie

Ainsi, l'évaluation des récits repose donc plus particulièrement sur la façon dont le sujet mobilise ses ressources psychiques avec l'hypothèse principale que :

*« les sollicitations latentes du matériel sont toujours effective - qu'il s'agisse du complexe d'œdipe ou de l'angoisse dépressive : tous les sujets quelle que soit leur organisation psychique, sont mobilisés par ces problématiques ».*

En effet, au-delà des situations humaines classiques, les planches retenus par V. Shentoub<sup>529</sup> représentent des situations se rapportant aux conflits universels dont particulièrement le complexe d'œdipe. A cet égard, F. Brelet-Foulard et C. Chabert<sup>530</sup> soulignent que :

*« toutes les planches où sont présents des « personnages » se réfèrent à la différence des générations et/ou à la différence des sexes : la reconnaissance de ces différences s'offre comme une condition effective d'accès à l'élaboration d'une problématique œdipienne structurante ».*

En effet, la problématique œdipienne ne se restreint pas à la seule organisation névrotique. Dans la névrose, elle structure le conflit interne entre désirs et défenses reflétant l'affrontement entre les interdits et les mouvements pulsionnels libidinaux et agressifs, entre le désir de transgression et l'angoisse de castration. Dans le fonctionnement limite, l'intensité des désirs incestueux et parricides (du fait de l'insuffisance du refoulement et de la fragilité des limites) mais aussi la menace de perte d'amour permanente rendent le complexe d'œdipe moins structurant. Le complexe de castration résonne alors en termes narcissiques et dépressifs oscillant entre envahissement fantasmatique et accrochage à la réalité externe pour contre-investir les mouvements projectifs. Enfin, dans le cas de la psychose, le complexe d'œdipe ne s'avère pas structurant. Les fantasmes d'inceste et de meurtre donnent alors lieu à un débordement par l'excitation pulsionnelle entraînant une perte des fonctions différenciatrices.

Dans la continuité de C. Chabert, M. Emmanuelli et C. Azoulay<sup>531</sup> ont montré la pertinence du recours à ce test pour observer les mouvements psychiques issus de la fantasmatique œdipienne, le rapport à l'angoisse de castration ainsi que face à l'élaboration de

---

<sup>529</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>530</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>531</sup> Emmanuelli M. & Azoulay C. (2001), *Les épreuves projectives à l'adolescence : approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

la position dépressive. Dans la névrose, l'angoisse dépressive est associée au complexe d'œdipe dans des scénarios triangulaires pour élaborer la problématique de perte, mêlant ainsi la culpabilité et la tristesse liées au renoncement à l'objet d'amour œdipien. Dans le cas des fonctionnements limites, l'angoisse de perte de l'amour de l'objet au centrale. L'angoisse de perte réelle de l'objet renvoie aux évidentes difficultés d'élaboration de la position dépressive du fait de la porosité des limites entre dedans/dehors. L'ambivalence et les capacités de contenance pulsionnelle restent précaires d'où le recours au clivage et à l'identification projective. Pour finir, chez le psychotique, la continuité d'exister du sujet et de l'objet sont perdues. La perte est alors sans cesse combattue par des mécanismes de défense extrêmement coûteux. Le désinvestissement de l'objet s'accompagne alors d'un désinvestissement narcissique majeur et le sujet se laisse déborder par des mouvements destructeurs qui anéantissent son identité en attaquant le sentiment d'altérité.

### 1. 3. 3. 1. Consigne, modalités de passation et choix des planches

Comme pour le rorschach, il est ici nécessaire de faire un entretien préalable à la passation du TAT et la passation se fait ensuite, en une seule séance.

A partir de la consigne énoncée une fois en début de passation : « *Imaginez une histoire à partir de la planche* »<sup>532</sup>, le sujet est invité à recourir à la fois à l'imagination et au matériel de l'image pour élaborer une histoire. Par la suite, ces récits feront l'objet d'une analyse selon le contenu manifeste et le contenu latent du matériel, et selon les procédés d'élaboration du discours.

Lors de la passation, le clinicien note les temps de latence, les temps par planche ainsi que l'intégralité du discours et des conduites du sujet et ce, le plus fidèlement possible.

Si le sujet est trop inhibé, le clinicien a la possibilité d'intervenir sous la forme de questions potentiellement étayante.

La passation du TAT est une situation clinique. En cela, comme dans l'entretien clinique, le clinicien peut intervenir même si il ne doit adopter une retenue pour laisser avant tout la place à la parole du sujet. Dans les cas d'intervention, celles-ci ne doivent en aucun cas donner lieu à une suggestion ou à un jugement de valeur. De même, nous situant dans un

---

<sup>532</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*



## Méthodologie

contexte de recherche, les remarques faites ci-dessus concernant l'entretien clinique et l'entretien structural s'appliquent aussi aux éventuelles interventions lors du TAT. Ainsi, lorsqu'elles ont l'effet positif escompté, les interventions doivent favoriser le travail associatif du sujet. Toutefois, dans d'autres cas, il peut arriver qu'elles n'atteignent pas leur objectif de soutien et d'étayage. Le sujet ne saisit alors pas l'occasion de participer ou d'être rassuré et les interventions soit sont vécues comme étant trop intrusives ou persécutrices, soit renforcent l'inhibitions et les défenses déjà existantes.

Par ailleurs, le sujet peut aussi interpeller le clinicien ou être amené à critiquer le test et les conditions de passation. Les éventuelles difficultés de compréhension, souci de respect de la consigne ou encore attitudes de séduction doivent être notées et prises en considération dans l'interprétation puisqu'elles peuvent donner des indications à propos du fonctionnement psychique du sujet. Pour le clinicien, comme pour ses propres interventions, il s'agit alors de prendre en compte l'impact de ces interventions dans l'appréciation de la passation, et de les mettre en lien avec tous les éléments permettant d'apprécier les modalités d'investissement de la relation.

Au niveau du choix des planches, selon l'équipe de psychologie clinique et projective de l'Université Paris Descartes<sup>533</sup>, la présentation de celles-ci se fait pour les adultes différemment selon le sexe du sujet et dans l'ordre suivant : 1, 2, 3BM, 4, 5, [6BM, 7BM, 8BM (*uniquement pour les hommes*)] / [6GF, 7GF, 9GF (*destinées seulement aux femmes*)], 11, 12BG, 13B, 19, 16. Or compte tenu du fait que la problématique de l'identité sexuée est le point central de la problématique transsexuelle ainsi que le sujet de ce travail de recherche, la question du choix des planches selon le sexe de la personne mérite d'être posée. En effet, ne faire passer qu'une partie des planches que ce soit selon le sexe anatomique ou selon le sexe revendiqué, peut s'avérer réducteur et amène à réfléchir sur le fait de se priver de données intéressantes et pertinentes pour l'investigation de l'identité sexuée du sujet. A l'inverse, il peut sembler pertinent de proposer les planches du sexe anatomique ainsi que celle du sexe revendiqué, bien qu'il ne faille pas abandonner le caractère dès lors expérimental du déroulement de ces passations du TAT. Premièrement, le nombre de planches présentées est augmenté passant de quinze planches à dix-huit, rendant ainsi la passation plus lourde. D'autre part, la question de l'ordre de présentation des planches habituellement réservées aux

---

<sup>533</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

hommes ou aux femmes reste en suspend et amène à s'interroger sur son influence sur l'ensemble du déroulement de l'épreuve. Il est ici nécessaire de souligner que ces interrogations sur l'intérêt des différentes combinaisons de présentations possibles et sur leur incidence sur l'ensemble de l'épreuve restent ouvertes et mériteraient à elles seules de faire l'objet d'un travail de recherche sur un groupe de sujets plus important.

Partant de ces remarques et interrogations, pour cette recherche, l'ordre de présentation des planches présentées quel que soit le sexe du sujet n'a pas été modifié. L'épreuve commence par les planches 1, 2, 3BM, 4 et 5 ; et se termine par les planches 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19 et 16.

Par contre concernant l'ordre de présentation des planches habituellement réservées à un sexe, il a été choisi de procéder à une présentation suivant l'ordre numérique des planches en alternance planche homme/planche femme, présentant donc en premier la planche du sexe anatomique suivie de celle du sexe revendiqué (6BM/6GF, 7BM/7GF, 8BM/9GF) plutôt que de procéder à une présentation par regroupement des planches selon le sexe ([6BM, 7BM, 8BM] suivi des [6GF, 7GF, 9GF]) ou encore à une présentation en premier des planches du sexe revendiqué. Ce choix s'est fait sur l'idée en partie « naïve » que cette présentation alternée suivant l'ordre numérique et commençant par celle du sexe anatomique serait plus proche d'une passation classique et influencerait moins le déroulement de l'épreuve qu'une présentation par regroupement dichotomique pouvant suggérer voire induire un clivage des identifications et des positions féminines et masculines.

### *1. 3. 3. 2. Descriptions et sollicitations latentes des planches*

Concernant maintenant le matériel et ses sollicitations latentes (dans l'ordre de passation adopté pour cette recherche) :

**La Planche 1** convoque le thème de l'incapacité de l'enfant devant le violon (objet d'adulte). L'apprentissage et la nécessité de maîtriser une connaissance renvoient à l'angoisse universelle de castration. Par cette planche, il s'agit d'observer la façon dont le sujet traite l'angoisse et le conflit par le biais de l'expression pulsionnelle.

Au travers de **la planche 2**, la différence des générations n'est pas clairement établie et la différence entre le premier et l'arrière plan de la planche sert par extrapolation d'indice de différenciation. Chacun des trois personnages possède une caractéristique qui lui est propre : au premier plan, une jeune fille avec un livre dans les mains, au second plan : une

## Méthodologie

femme enceinte et un homme avec un cheval (symbole masculin) en train de semer dans un champ (fécondation symbolique). Une référence latente à la scène primitive transparait entre ces deux derniers personnages et la jeune fille se trouve ainsi à la fois dedans et en-dehors de cette triangulation. Cette dernière possède des livres évoquant l'investissement et la curiosité au niveau intellectuel mais aussi le désir de savoir. De manière générale, l'image de cette planche est saturée de symbolisme avec l'idée que la jeune fille adulte peut entrer en rivalité avec la femme enceinte.

**La planche 3BM** fait partie des planches avec les planches 12BG, 13B, 16, reconnues comme relevant de la dépression. Face à cette planche, il s'agit pour le sujet d'intérioriser le processus dépressif en lien avec le mouvement de représentation de la perte. Soit la dépression est reconnue et il est possible de s'en dégager, soit elle est évitée. On peut aussi ici trouver un déni de la dépression ou encore l'expression d'une dépression narcissique en rapport avec l'investissement de l'objet et/ou une externalisation des affects (exemple : elle s'écroule de fatigue, elle se replie dans son sommeil). Dans ce dernier cas, la dépression ne peut être internalisée et est alors reportée sur le corps. Ainsi, de manière générale, cette planche renvoie au traitement de la perte par le sujet.

Pour sa part, **la planche 4** concerne l'ambivalence pulsionnelle amour/agressivité dans le couple et offre une possibilité d'expression du conflit œdipien masculin mais aussi féminin. Pour le type masculin, un rival est à abattre et la femme le retient. Pour le type féminin, la femme retient un homme qui va en voir une autre. Par ailleurs, le mouvement de l'homme sur le départ octroie également à cette planche une thématique renvoyant aux angoisses d'abandon et de séparation.

**La planche 5** représente l'image féminine/maternelle dont tout particulièrement l'imago maternelle surmoïque. La personne de l'image pénètre et regarde. Elle surprend une scène transgressive qu'elle ne devrait pas voir. Son attitude condense à la fois le désir, l'interdit et la défense, mettant ainsi à l'épreuve la solidité du Surmoi. Dans un registre œdipien, cette planche réactive la culpabilité en lien avec la curiosité sexuelle et les fantasmes de scène primitive. Dans une autre perspective, on peut y repérer des mouvements plus archaïques en relation avec des angoisses de perte d'objet.

**La planche 6BM (*habituellement réservée aux hommes*)** est la planche de l'œdipe masculin. Elle renvoie à un rapproché œdipien mère/fils. La différence de générations entre les personnages est clairement repérable. L'absence de représentation paternelle pèse dans la relation des deux personnes et laisse entrevoir un fantasme parricide organisé autour de la reconnaissance de l'interdit de l'inceste. Dans cette scène, le détournement du personnage féminin plus âgé vis-à-vis de celui masculin plus jeune rend l'atmosphère très pesante et assure un éloignement supplémentaire. Ainsi, cette image fait appel aux liens mère/fils et à la peur de perdre l'amour de l'objet primaire engagée par le renoncement œdipien.

Parallèlement à la planche 6BM, **la planche 6GF (*habituellement réservée aux femmes*)** exprime le rapproché œdipien féminin. Une femme se retourne vers un homme. La différence des générations entre les personnes ne figure pas d'emblée sur l'image. Le regard est ici fortement investi et renvoie au fantasme de séduction de type hystérique ainsi qu'à la capacité de l'intérioriser et de l'élaborer. Dans cette planche, le conflit désir/défense est exprimé dans une relation hétérosexuelle mais l'investissement se situe plus du côté du désir que de celui de la défense.

**La planche 7BM (*habituellement réservée aux hommes*)** renvoie à la relation père/fils. Un homme plus âgé parle à un homme qui ne le regarde pas. Il est ici possible de saisir l'ambivalence du fils à l'égard du père en termes de rivalité ou de lien homosexuel, ou alors dans un autre registre, en termes d'angoisse de séparation ou d'éloignement.

**La planche 7GF (*habituellement réservée aux femmes*)** renvoie par la différence de générations entre les deux personnages féminins à la relation mère/fille ajoutant à celle-ci la notion de « *holding* » dans la représentation de la transmission des valeurs féminines maternelles (le personnage maternel tient un livre comme pour la transmission du savoir). Dans un contexte œdipien, la fille s'identifie à la mère autorisant ou pas l'accès aux places de mère et de femme. Dans le cas contraire, l'ambivalence amour/haine est renforcée et implique une trop grande proximité ou un rejet massif.

**La planche 8BM (*habituellement réservée aux hommes*)** représente la façon de négocier et de gérer l'agressivité face à une scène de castration. En référence au complexe d'œdipe, l'identification massive au jeune homme induit la mise sur le devant de la scène du fantasme du meurtre du père, de la culpabilité, de l'angoisse de castration et de l'ambivalence à l'égard du père. En-dehors du contexte œdipien, les pulsions agressives et destructrices

## Méthodologie

réactivent des fantasmes d'attaque contre les objets ainsi que l'angoisse de perte. Face à cette planche, la réparation s'impose comme solution possible afin de lier l'agressivité et la libido projetées sur l'image paternelle.

**La planche 9GF** (*habituellement réservée aux femmes*) laisse entrevoir une rivalité féminine fraternelle autour d'un tiers non présent sur l'image. Dans d'autres registres, le caractère mortifère incluant des mouvements d'attaque, d'agressivité et de disparition du sujet, est prégnant.

**La planche 10** représente l'embrassade d'un couple. Il n'y a pas de différence de générations entre les deux personnages, et la différence des sexes reste confuse et ambiguë. Par le jeu d'ombres et de lumières, la planche évoque l'intimité et renvoie à l'expression de la pulsion libidinale dans le couple. Les deux pôles sexualité et tendresse sont ici très suscités voire présents, au contraire, de l'agressivité qui y est peu sollicitée. En-dehors du contexte œdipien, la menace de séparation demeure sous-jacente et parfois même explicite.

**Les planches 11** (avec la planche 19) est communément nommée « prégénitale » car plongeant le sujet dans un univers archaïque avec une tonalité dépressive ou persécutrice. Pour se dégager de leurs aspects informes et mettre en place son récit, le sujet qui passe le test a tendance à s'attacher aux éléments les plus structurés de l'image permettant ainsi l'appréciation de sa capacité à reconnaître et à accepter l'anxiété qui se rapporte au matériel. Partant de là, la planche 11 qui représente un paysage chaotique avec de vifs contrastes d'ombre et clarté, intègre des problématiques en référence à une imago maternelle archaïque et donne des indications sur les capacités de régression du sujet.

Pour sa part, en raison de sa tonalité fortement éclairée et de l'absence de personnage sur l'image, **la planche 12 BG** convoque le narcissisme du sujet et permet de dépister des mouvements dépressifs narcissiques ou de perte d'objet. La barque suggère tout de même la présence d'un personnage et renvoie à la capacité d'intérioriser des objets vivants. Dans un contexte œdipien, la description d'un environnement printanier s'inscrit dans un mouvement libidinal de représentations de relations tendres ou érotisées. A l'inverse, la description de paysages d'hiver, de vide laisse entrevoir un aspect dépressif de type majeur se rapportant alors à des difficultés à traiter la perte.

**La planche 13B** représente un petit garçon dans un environnement précaire. Il est assis devant une cabane de bois aux planches écartées et paraît démuné matériellement. Le contraste de lumière influence la dimension affective de la planche dans le sens d'une carence. Ainsi, cette planche met à l'épreuve les capacités du sujet à être seul, délaissé par le couple parental, dans un environnement hostile.

**La planche 13 MF** induit des mouvements pulsionnels d'agressivité et de sexualité pouvant être violents. Soit la scène renvoie dans un contexte œdipien à une situation triangulaire dramatisée, soit la planche convoque une fantasmagorie mortifère comportant des éléments de perte brutale ou de destruction.

Considérée comme une planche prégénitale au même titre que la planche 11, **la planche 19** renvoie au concept de « position schizo-paranoïde » de Mélanie Klein. De par le style surréaliste de l'image, la capacité de différenciation dedans/dehors du sujet est ici mise à l'épreuve convoquant un clivage des bons et mauvais objets. Il s'agit alors d'observer la capacité ou non du sujet à garder le bon à l'intérieur et d'expulser le mauvais à l'extérieur.

**La planche 16** est la dernière planche et est en cela dite planche de la « séparation ». Cette planche « blanche » met à l'épreuve les capacités d'intériorisation et d'organisation des objets internes et externes du sujet.

### *1. 3. 3. 3. Feuille de dépouillement des procédés d'élaboration du discours*

Pour le dépouillement des réponses des protocoles, V. Shentoub<sup>534</sup> a proposé et élaboré une feuille de dépouillement permettant le repérage et le recensement des divers procédés d'élaboration du discours mis en œuvre dans les récits du sujet. Cette proposition de V. Shentoub prend pour point de départ l'hypothèse que l'analyse des procédés d'élaboration du discours permet d'approcher les principaux mécanismes de défense et la nature des problématiques qui sous-tendent les conduites psychiques du sujet<sup>535</sup>. A la suite de V. Shentoub, C. Chabert<sup>536</sup> et l'équipe de projectivistes de l'Université de Paris Descartes reprennent la feuille de dépouillement et procèdent à un regroupement des procédés afin d'en simplifier l'utilisation et d'en clarifier la lecture clinique. Se référant à la nosographie

---

<sup>534</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>535</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

<sup>536</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

## Méthodologie

psychanalytique, la feuille de dépouillement dans sa forme actuelle distingue quatre séries de procédés d'élaboration du discours :

- les procédés d'élaboration du discours rigides (Série A),
- les procédés d'élaboration du discours labiles (Série B),
- les procédés d'évitement du conflit (Série C),
- et les procédés d'élaboration du discours révélateurs d'émergences en processus primaires (Série E).

Les séries « **Rigidité** » A et « **Labilité** » B anciennement dites **névrotiques** sont ainsi restructurées en trois sous-parties :

- *Les procédés « Référence à la réalité externe » A1 et « Investissement de la relation » B1* rendent compte de procédés du discours rigides et labiles pouvant être rencontrés dans toutes les organisations psychiques au-delà d'un fonctionnement névrotique.
- Pour leur part, *les procédés « Investissement de la réalité interne » A2 et « Dramatisation » B2* renvoient à l'existence d'un conflit intrapsychique et à son mode d'expression intrapersonnel pour la série A et interpersonnel pour la série B, sans pour autant que les procédés de ces sous-séries ne suffisent à eux seuls pour indiquer la présence d'un fonctionnement névrotique.
- Enfin, *les procédés « de type obsessionnel » A3 et « de type hystérique » B3* regroupent les mécanismes de défense typiques des fonctionnements névrotiques obsessionnel et hystérique, mettant au jour la lutte défensive. Leur présence majoritaire (mais non exclusive) - en articulation avec les procédés décrit ci-dessus - permet de poser l'hypothèse diagnostique d'un fonctionnement obsessionnel ou hystérique.

La série C « **Evitement du conflit** » est composée de cinq parties renvoyant à des difficultés psychiques et à des modalités défensives différentes. Lorsqu'ils sont présents de manière transitoire et ponctuelle, ils peuvent alors témoigner d'une problématique sous-jacente à la problématique principale.

La composante CF « *Surinvestissement de la réalité externe* » rend compte des caractéristiques du fonctionnement opératoire décrit par P. Marty<sup>537</sup>. Ces procédés mettent au jour la mise hors-circuit plus ou moins importante de la circulation entre Conscient et

---

<sup>537</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

Inconscient. Cette dernière se traduit par une incapacité et un abandon de son monde interne par le sujet, abandon contrebalancé par un investissement démesuré de la réalité externe. Le sujet est alors incapable de rêver, de fantasmer ou d'imaginer. Au TAT, les récits sont alors pauvres, plats et comme a-conflictuels. Il y a un grand manque de productivité et le récit est vide de tout recours au fantasme ou au symbolisme. En cela, les procédés de cette composante CF renvoient à des défenses par le factuel. Lorsqu'ils apparaissent ponctuellement et discrètement, ils renvoient alors à des fonctionnements divers. Par contre, dans le cas où leur utilisation est importante et régulière, celle-ci oriente plutôt vers l'hypothèse d'un fonctionnement opératoire.

*La sous-catégorie CI « Inhibition »* se rapporte à plusieurs modalités du fonctionnement psychique tels que le conflit, les affects, les représentations et les processus de pensée. En référence à S. Freud, cette sous-série Inhibition renvoie à « l'expression d'une restriction fonctionnelle du Moi qui peut elle-même avoir des causes très diverses », celle-ci pouvant s'exprimer par une tendance générale à la restriction, par une tendance à la banalisation, par l'absence de motifs précis du conflit, ou encore par le recours à un processus phobique d'arrêt dans le discours en lien avec la sollicitation de représentations archaïques associée à une angoisse intense (entre autre aux planches pré-génitales 11 et 19).

*La sous-série CN « Investissement narcissique »* concerne le surinvestissement narcissique de l'image de soi entraînant une mise au second plan, des objets environnants. Ces objets sont cantonnés à un rôle de figurant dont le seul objectif est de renforcer l'image de soi défaillante du sujet. Il est ici primordial d'évaluer la place et le coût du recours à ces procédés dans le fonctionnement psychique du sujet. En effet, c'est par cette appréciation de leur utilisation au niveau économique que peuvent être distingués une problématique et une pathologie narcissique, ainsi qu'un narcissisme normal et un narcissisme pathologique.

*Le sous-catégorie CL « Instabilité des limites »* regroupe des procédés pouvant être rencontrés dans des fonctionnements variés. Le recours à ceux-ci de manière parfois transitoire - mais aussi parfois intense et importante - témoigne d'une organisation marquée par la dépendance à l'externe, ainsi que par le surinvestissement et le vacillement des limites entre de soi et l'autre, ce qui témoigne aussi de l'hétérogénéité du fonctionnement susceptible de sous-tendre le clivage. De même, ces procédés permettent aussi d'observer les modalités relationnelles et la tolérance de la pensée vis-à-vis des processus primaires.



## Méthodologie

Enfin, *la composante CM « Procédés antidépressifs »* concerne les modalités défensives mobilisées pour éviter la construction de récits de perte ainsi que l'évocation d'affects déterminés et fondés sur l'angoisse de perdre l'amour de l'objet. Ces procédés peuvent soutenir une tendance au déni ou au contraire, une tendance à l'humour pris comme défense contre la douleur.

Pour finir, *la série E « Emergences des processus primaires »* regroupe quatre catégories rendant compte de l'éventuelle émergence d'un mode de fonctionnement défensifs privilégiant :

- *le déni ou l'altération du rapport à la réalité (E1),*
- *le recours excessif à la projection avec envahissement fantasmatique (E2),*
- *les troubles identitaires et du rapport aux objets (E3),*
- *et les perturbations du cours de la pensée et du discours (E4).*

Ces catégories ne renvoient pas à une organisation psychotique spécifique. En effet, chacune de ces catégories comportent des procédés typiques d'une organisation psychotique mais aussi des procédés moins caractéristiques. Ainsi, ces derniers peuvent autant apparaître dans les récits de sujet non psychotiques et alors rendre compte de la manifestation ponctuelle et transitoire d'un fonctionnement en processus primaires. De même, l'absence complète de procédés de cette série peut témoigner d'un fonctionnement pathologique dans lequel le sujet ne permet pas de mouvements régressifs ou d'émergences inconscientes. Enfin, dans une autre configuration, l'absence totale de procédés de cette série E accompagnée d'une forte majorité de procédés CF peut être le reflet d'un fonctionnement psychotique chronicisé et appauvri s'exprimant par un surinvestissement de la réalité externe vidé de toute caractéristique pulsionnelle. D'un point de vue différentiel, il est donc primordial de prendre en considération la dimension économique ainsi que l'articulation des procédés de cette série dans la constellation d'ensemble de procédés du discours du protocole.

### 1. 3. 4. Complémentarité des tests projectifs du rorschach et du TAT

Comme le fait remarquer C. Chabert<sup>538</sup>, il est important de souligner la complémentarité de ces deux tests projectifs. En effet, C. Chabert insiste sur la richesse apportée par l'association des deux épreuves, du TAT et du test du rorschach. De par leurs

---

<sup>538</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.*

différences, tant dans l'aspect formel du matériel que dans la sollicitation véhiculée par la consigne, ces deux tests permettent d'aborder deux niveaux distincts mais néanmoins indissociables de l'identité :

*« Il est maintenant classique d'affirmer que la symétrie et la prégnance de l'axe médian au rorschach appellent préférentiellement les représentations de soi et que la figuration des personnages seuls ou en relation sollicite plus fortement les capacités à la mise en scène des relations interpersonnelles et, dans la mesure où la théorie de référence est, comme ici, psychanalytique, l'expression de contenus liés à la relation objectale [...]. Si nous nous référons à la théorie psychanalytique, les deux modalités d'assurance identitaire (espace corporel subjectif et inscription générationnelle et sexuelle) ne peuvent être dissociées. »<sup>539</sup>*

Ainsi, pour ce travail de recherche, la possibilité offerte par ces deux épreuves projectives d'approcher tout en les différenciant ces deux niveaux complémentaires, paraît des plus intéressantes et pertinentes pour l'exploration de la dynamique et de l'organisation psychosexuelle des patients transsexuels.

Par ailleurs, d'un point de vue méthodologique, il est important de préciser que tous les protocoles de rorschach et de TAT ont fait l'objet d'une double cotation par deux professionnels, avec le recours à la grille d'analyse des procédés du discours de l'école de psychologie projective de Paris Descartes pour le TAT, et le livret de cotation des formes de C. Beizmann<sup>540</sup> ainsi que le nouveau manuel de cotation des formes de C. Azoulay<sup>541</sup> pour le rorschach.

### **1. 3. 5. L'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota 2<sup>ème</sup> version, le MMPI-2 : test de personnalité psychométrique et catégorielle**

Le test du MMPI est un test psychométrique visant à évaluer la présence de troubles psychiques ou de la personnalité, ainsi qu'à établir un profil selon des normes nationales. L'utilisation de ce test pour ce travail de recherche nous intéresse à différents niveaux. Premièrement, le MMPI-2 fait partie des tests régulièrement utilisés pour le bilan psychologique des patients transsexuels demandant à être pris en charge par THC. Les

---

<sup>539</sup> Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *op. cit.* p 26.

<sup>540</sup> Beizmann C. (1966), *Livret de cotation des formes dans le rorschach*, Paris, Editions du Centre de Psychologie Appliquée.

<sup>541</sup> Azoulay C. & Emmanuelli M. (2012), *Nouveau manuel de cotation des formes au rorschach*, Paris, Dunod.

## Méthodologie

données recueillies pourront donc éventuellement être comparées aux données d'autres recherches. D'autre part, en complément de l'approche psychodynamique psychanalytique des entretiens cliniques et des tests projectifs, le recours à ce test psychométrique de type questionnaire direct et explicite, permet d'obtenir des données statistiques et descriptives sur le profil psychologique et la personnalité des sujets ainsi que sur leur caractère normal ou pathologique - au sens cette fois-ci, statistique - en comparaison avec la population générale. En cela, le MMPI-2 sera ici très utile même si comparé avec d'autres outils d'inspiration psychanalytique, il ne peut avoir un rôle de premier ordre permettant à lui seul d'étudier en profondeur les hypothèses de ce travail, permettant donc de conclure celui-ci.

Dans sa première version de 1930, le test se composait alors de 550 items construits à partir des connaissances en psychopathologie et ce, sans considérations théoriques<sup>542</sup>. Dans le but de constituer des échelles symptomatiques et de caractère, ces items ont alors fait l'objet d'une validation statistique par contraste systématique entre des groupes de patients présentant un trouble clairement et précisément défini et identifié, et un groupe contrôle de personnes non consultantes.

A la fin des années 80, du fait de changements culturels, et des qualités psychométriques de certains items devenues insatisfaisantes, il a été procédé à une nouvelle standardisation aboutissant à une deuxième version du test. Ainsi, un nouvel étalonnage a été réalisé sur des échantillons de 2600 sujets américains (1138 hommes, 1462 femmes) puis sur 1102 français (472 hommes, 630 femmes), tous non suspectés de troubles psychiatriques. De même, si les 550 items de la version originale ont été conservés, 82 items ont été modifiés et le nombre total d'items est passé à 567<sup>543</sup>.

### *1. 3. 5. 1. Modalités de passation et dépouillement des résultats*

L'administration du MMPI est relativement simple. Lors de la passation, il est remis au sujet un cahier de passation (questionnaire) comprenant la consigne et les items, ainsi qu'une feuille de réponses sous la forme d'une grille reprenant en colonnes les numéros des questions et avec le choix entre V (Vrai) ou F (Faux) en ligne. La présence du clinicien lors de la passation n'est pas nécessaire bien que souhaitée. La consigne donnée est :

---

<sup>542</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

<sup>543</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

*Cet inventaire est composé d'énoncés numérotés. Vous devez lire chaque énoncé et décider s'il est vrai ou faux en ce qui vous concerne. Vous devez reporter vos réponses sur la feuille de réponse. Il s'agit de donner l'opinion que vous avez de vous-même.*

Ensuite, les réponses sont cotées en Vrai, Faux et les réponses omises ou cochées deux fois le sont en « Je ne sais pas ». Ces résultats sont alors repris pour établir les scores bruts des trois échelles de validité et des dix échelles cliniques de base, avec en plus une quatrième échelle de validité « ? » correspondant au nombre de réponses cotées « Je ne sais pas » dans le protocole.

Après ceci, ces notes brutes sont transformées en notes standards T - dont certaines sont à corriger par une valeur K à ajouter, voir ci-dessous le détail des échelles<sup>544</sup> - pouvant être situées dans la distribution normale de la population générale nationale avec une moyenne de 50 et un écart-type de 10. Ainsi, selon cette loi normale, pour chaque échelle, les notes T de 95% de la population se situent entre 30 et 70. Par conséquent, pour une note T supérieure à 70, il reste 2,5% de risque d'être dans l'erreur, si on conclue à la présence des signes de cette échelle clinique chez le sujet. Par ailleurs, il est important de prendre en considération qu'habituellement, cet étalonnage des scores bruts se fait selon le sexe « anatomique » du sujet. Or, compte tenu de la problématique transsexuelle, il a été opté pour cette recherche de procéder aux deux étalonnages masculin et féminin, pour chaque sujet.

Enfin, après cet étalonnage, ces notes standardisées sont alors classées et reprises sous forme de code pour permettre un aperçu rapide du profil. Les échelles cliniques sont classées de la note T la plus élevée, à la plus faible, suivi du même classement décroissant des notes T aux trois échelles principales de validité (F, L, K). Puis, il est ensuite appliqué à ces classements une codification par des symboles qui marquent des dichotomies par tranche de dix points, permettant ainsi de rendre compte de la valeur et de la place de chaque échelle dans le profil.

---

<sup>544</sup> Pour cette recherche, la transformation des notes brutes en notes standards T ainsi que les représentations graphiques des profils ont été obtenus par le recours au kit de corrections informatisées de base pour MMPI-2 et MMPI-A édité par l'ECPA, version CD-Rom, 2003.

## Méthodologie

### 1. 3. 5. 2. Qualités psychométriques du MMPI

Au niveau psychométrique, pour un test de personnalité, le MMPI présente une sensibilité satisfaisante ainsi que de bons scores de fidélité et de validité<sup>545</sup>. Cette bonne sensibilité du test s'explique notamment du fait de sa construction en plus de 550 items répartis dans 26 rubriques différentes. Pour sa part, le coefficient de fidélité montre une stabilité test/retest concluante. A environ un mois d'intervalle, les coefficients de corrélation obtenus varient entre 0,60 et 0,90. De même, la consistance interne des échelles est assez bonne avec des corrélations entre leurs items respectifs comprises entre 0,50 et 0,87 pour les hommes, et entre 0,33 et 0,88 pour les femmes (seulement quatre de ces coefficients sont inférieurs à 0,60 pour les hommes comme pour les femmes). Concernant la validité, la construction des échelles par le regroupement d'items significatifs par contraste, et la contre-validation avec des groupes de patients et de personnes non consultantes, il a été constaté a posteriori que pour plus de 60% de personnes présentant des troubles psychiques ou de la personnalité, le score élevé obtenu à une échelle du MMPI confirmait le diagnostic clinique, et que pour les 40% d'autres patients, le score élevé figurait parmi les symptômes présentés.

### 1. 3. 5. 3. Interprétation du protocole

Avant d'exposer la méthode d'interprétation du protocole, il est important de rappeler que les échelles cliniques ont été construites à partir des résultats de différents groupes de patients diagnostiqués selon des catégories nosographiques de références. En cela, l'interprétation des résultats nécessite de la part du clinicien, des connaissances approfondies en psychopathologie ainsi qu'une bonne compréhension de la logique de construction du test<sup>546</sup>. Cela étant entendu, les étapes de l'interprétation des protocoles du MMPI sont :

#### **a. L'acceptabilité du protocole**

Bien que leur appellation « échelle de validité » soit en partie erronée, l'analyse de l'acceptabilité ou non du protocole se base sur celle de ces « échelles de validité ?, L, F et K ». En effet, pour être plus précis, ces échelles nous renseignent sur la position et les attitudes adoptées par le sujet vis-à-vis de ses symptômes au moment de la passation, mais aussi à l'égard de la situation de test elle-même. Il s'agit donc plutôt d'échelles d'attitude du

---

<sup>545</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

<sup>546</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

sujet par rapport au test. A partir des résultats à ces échelles, on peut donc juger de la validité du protocole mais aussi corriger les résultats du protocole. Ainsi, dans le cas d'une invalidité du protocole, cette dernière concerne la manière de faire ou l'incapacité du sujet, mais les résultats doivent tout de même être analysés.

### **b. L'élévation de la courbe**

Au niveau de la représentation graphique des résultats aux échelles cliniques, plus la courbe est élevée - plus chaque échelle s'écarte en note T de la moyenne - plus le sujet présente alors un score haut, et donc une attitude qui dévie par rapport à la population générale. Au contraire, un écart allant vers le bas - note T inférieure à 50 - est témoin de normativité (parfois excessive), sauf pour les échelles Pa ou Hs qui même basses peuvent pour leur part prendre un sens particulier. De manière générale, toute échelle ayant une note T supérieure à 70 témoigne d'une déviance significative (pathologique) car ne concernant que 2,5% de la population générale. En effet, selon les principes statistiques d'une distribution gaussienne normale, lorsqu'une note T est supérieure à 70, on a moins de 2,5% de risque d'être dans l'erreur, si l'on affirme que le sujet présente de manière pathologique, les symptômes ou traits de personnalité de l'échelle clinique. Toutefois, dans le cas de notre recherche, il est nécessaire de noter que les items des échelles du MMPI-2 étant plus sensibles que dans la première version du test, le seuil de significativité des notes T a donc été baissé à 65<sup>547</sup>.

### **c. La pente**

La pente correspond à l'allure globale de la courbe. Elle rend donc compte de l'organisation des échelles de validité et des échelles cliniques entre elles, et selon leurs notes T. du côté des échelles cliniques, les trois premières échelles (Hs, D, et Hy) représentent une tendance névrotique. Les deux centrales (Pd et Mf) sont des échelles de trait de personnalité. Pour leur part, les quatre suivantes renvoient plutôt à des tendances psychotiques (Pa, Pt, Sc et Ma). Enfin, la dernière échelle Si est une échelle de personnalité à part.

---

<sup>547</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

## **Méthodologie**

A partir de là, les pentes ascendantes tendent dès lors vers des pathologies psychotiques, alors que les pentes descendantes témoignent plutôt de tendances névrotiques. Une pente en U (D et Pt élevés) peut indiquer une dépression. Une pente en dos d'âne souligne la psychopathie. Enfin, une absence de reliefs, une pente « plate » peut témoigner d'une pensée falsifiée.

### **d. Le caractère phasique**

Pour terminer, l'interprétation du protocole, on indique les échelles dont la note T dépasse 70 en note T, mais aussi les pics et les phases.

Il convient maintenant de présenter plus précisément les échelles de validité puis échelles clinique du MMPI-2<sup>548</sup>.

#### *1. 3. 5. 4. Les échelles de validité*

### **Echelle « ? » (Je ne sais pas) :**

Celle-ci n'est pas une échelle à proprement parler car il s'agit en fait du nombre total d'items non cochés ou « cochés deux fois » par le sujet (donc Vrai et Faux). Si ce nombre dépasse 30, il peut avoir une influence sur les résultats aux échelles clinique (abaissement des notes, ou élévation pour de l'échelle Mf des femmes). Le profil ne peut donc être considéré comme valide. Cette attitude du sujet peut être volontaire et témoigner du fait que le sujet ne veut pas passer le test mais elle peut dans d'autres cas, correspondre à des caractéristiques liées à sa personnalité ou à des symptômes (tendances obsessionnelles, tendances paranoïaques, présence d'un épisode dépressif...). Lorsque cela arrive, il est possible de demander au sujet de reprendre les items auxquels il n'a pas répondu, et si nécessaire de reformuler la consigne et revoir avec lui ces items. Cette intervention est à noter et doit être prises en considération dans l'interprétation du protocole.

### **L'échelle L (Lie, mensonge) :**

Cette échelle est composée d'items renvoyant à une situation sociale hautement désirable mais rarement réelle et effective. Elle renseigne ainsi sur la présence chez le sujet d'une manière de se présenter sous un jour favorable en affirmant correspondre à ces énoncés.

---

<sup>548</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

Un résultat élevé à cette épreuve peut être conscient - personnes moralistes ou psychopathes - ou inconscient (paranoïaques). Toutefois, il est important de préciser que cette échelle ne constitue pas une échelle de mensonge ou de mythomanie. Elle mesure une façon particulière de répondre au test et ce, pouvant aller jusqu'à rendre le protocole non admissible. Pour l'interprétation de cette échelle, les renseignements sur l'histoire personnelle et le cadre de vie actuelle du sujet sont très importants. Une note faible montre que le sujet n'a pas cherché à se présenter sous un jour favorable. Une note un peu élevée peut traduire une attitude défensive à l'égard du test mais aussi dévoiler une recherche de vertu et une moralité très stricte. Une note haute à l'échelle L accompagnée de notes moyennes ou légèrement inférieures à la moyenne aux échelles cliniques, pointe une probable influence de cette attitude sur le profil et questionne la validité du protocole. Le score à l'échelle de validité K apporte alors des précisions pertinentes complétant l'interprétation de l'échelle L.

### **L'échelle F (Rareté) :**

L'échelle F a été conçue pour mesurer l'écart par rapport à la population normative. Pour ce faire, elle comprend des 64 items dont les réponses n'ont été données que par 10% de l'échantillon de la population générale. Il s'agit donc par extrapolation de réponses rarement données par des sujets « normaux ». Ainsi, si le score à F s'élève, le sujet a donc répondu d'une manière qui l'écarte du reste de la population, de manière inverse à la banalité. Cette note haute peut renvoyer à différents tableaux tels des tendances au non-conformisme ou révolutionnaires, mais aussi artistiques... Le test reste donc valide. Cependant, il est rare que cette note une fois standardisée en note T, s'élève au-dessus de 70. Une telle élévation peut témoigner d'une incompréhension des items ou d'un choix des réponses au hasard dans le but de truquer le test. Dans ce cas, la validité du protocole doit être questionnée. D'autre part, dans les cas d'un profil avec un pic ou en courbe plane, une note à F supérieure à 70 mais inférieure aux échelles cliniques confirme alors la présence d'une pathologie sérieuse, voire psychotique. Enfin, c'est lorsqu'elle est au-dessus des plus hautes échelles cliniques qu'il est alors nécessaire d'apprécier la validité du protocole.

### **L'échelle K :**

Le résultat de cette échelle permet de corriger le score brut de certaines échelles. En effet, l'échelle K témoigne d'une attitude défensive vis-à-vis du test, d'une tendance à orienter ses réponses. Ainsi, lorsque la note K s'élève, elle traduit une tendance à minimiser les



## **Méthodologie**

conséquences de difficultés du contrôle des émotions ou d'incapacités personnelles. La défense du sujet est élevée voire exagérée. A l'inverse, une note basse indique que le sujet a cherché à se montrer sous un jour défavorable, ou a tendance à admettre n'importe quel symptôme. Cette échelle est la plus complexe des échelles de validité et il est ici primordial pour interpréter la note obtenue de prendre en compte d'autres renseignements tels l'histoire personnelle du sujet, son cadre de vie actuelle, ainsi que les raisons et le contexte de la passation.

### **L'indice de sincérité de Gough (F-K) :**

Cet indice part du constat que les notes aux échelles de validité K et F évoluent de façon inverse l'une par rapport à l'autre. Ainsi, quand la note K (attitude défensive à l'égard du test) s'élève, la note F (réponses rares) diminue. L'indice de sincérité met donc en relation ces deux notes en calculant l'écart entre leur note brute (F - K). Un écart négatif traduira une tendance défensive visant à minimiser ou banaliser les troubles par la recherche plus ou moins intentionnelle d'une falsification conformiste favorable. Au contraire, un sujet cherchant à se présenter sous un jour défavorable obtiendra un écart positif avec une note K basse et une note F haute, posant l'hypothèse d'une exagération des troubles. Ainsi, après l'étude statistique de la distribution de cet indice sur une population plus large, il a été statistiquement établi qu'un écart supérieur à 15 pose l'hypothèse d'une exagération des troubles. De même, lorsque la différence est inférieure à -11, une minimalisation et une banalisation des troubles sont envisageables. Enfin, un score inférieur à -20 marque une attitude extrêmement défensive du sujet vis-à-vis du test sans pouvoir pour autant distinguer s'il s'agit d'une position consciente et délibérée, ou d'une incapacité du sujet à reconnaître ses faiblesses et difficultés.

Avec la 2<sup>ème</sup> version du test, **deux échelles de validité supplémentaires TRIN et VRIN** ont été conçues pour rendre compte d'attitudes particulières lors de la passation, tendances du sujet à répondre aux items de manière inconsistante ou contradictoire. Leur but est de compléter les échelles de validité classiques L, F et K. Pour ce faire, elles sont constituées de paires d'items dont le contenu est similaire ou opposé permettant ainsi d'observer une éventuelle non concordance entre les réponses aux items d'une même paire. Toutefois, ces échelles sont encore des échelles expérimentales et doivent dès lors être utilisées avec précaution.

### **L'échelle TRIN (Incohérence forte de réponses) :**

Cette échelle évalue la tendance du sujet à donner un seul type de réponses - plutôt systématiquement « Vrai » ou plutôt systématiquement « Faux » - quel que soit le contenu des items. Elle est constituée uniquement de paires d'items dont les contenus sont opposés. On attribue un point lorsqu'un sujet a répondu « Vrai » de façon illogique, aux deux items d'une même paire. Au contraire, on enlève un point quand un sujet a de manière illogique coché « Faux » aux deux items d'une même paire. Ainsi, une note brute très élevée, supérieure ou égale à 13, à l'échelle TRIN indique une tendance à répondre systématiquement « Vrai », à l'acquiescement » quel que soit le contenu, et une note très basse inférieure ou égale à 5 montre une tendance à répondre « Faux », tendance au non acquiescement, quel que soit le contenu. Pour éviter une note négative, il est ajouté une constante à la note brute TRIN. Une note extrême à cette échelle qu'elle soit basse ou haute questionne donc la validité du protocole. En complément de l'échelle K : une note TRIN basse (tendance à répondre « Faux » sans distinction) confirme et précise une note K élevée (préférence pour la réponse « Faux »). Par contre, lorsqu'une note K élevée est associée à une note TRIN moyenne, la note K doit donc être interprétée selon son contenu.

### **L'échelle VRIN (Incohérence variable de réponses) :**

L'échelle VRIN rend compte de la tendance à négliger le contenu des items. Elle est composée de paires d'items au contenu similaire ou opposé. Lorsque les réponses aux deux items sont incohérentes, un point est attribué pour chacune de ces paires. La note à l'échelle VRIN est le nombre total de paires d'items dont les réponses sont incohérentes. Ainsi, une note élevée à cette échelle supérieure ou égale à 13 signifie que le sujet a peut-être répondu sans réfléchir posant la question de la validité du protocole. En complément d'une note élevée à l'échelle F : une note VRIN élevée rend compte d'un manque d'attention ou d'une confusion et confirme la note F. Au contraire, une note F haute associée à une note VRIN basse rejette l'hypothèse d'un manque d'attention ou d'une confusion et oriente plutôt vers la présence d'une réelle psychopathologie, ou vers un effort délibéré pour simuler une maladie.

### **L'allure du profil et falsification favorable/défavorable :**

Par ailleurs, dans les cas de falsification du protocole, on remarque que les profils peuvent alors prendre une allure spécifique. Ainsi, dans le cas d'un profil en dents de scie avec des échelles cliniques D, Pd, Pa et Sc très élevées, des échelles de validité L et K très

## Méthodologie

basses, et une score F supérieur à la plus haute échelle clinique, l'allure montre une falsification défavorable et la validité du protocole est alors à questionner. De même, un profil presque plat et en-dessous de la moyenne avec une note F très basse, des scores à L et K très élevés, et une note basse à l'échelle clinique Hs (inférieure à 30) renvoie plutôt à une falsification favorable.

Pour conclure sur les indices de validité du protocole, de manière générale, l'indice de sincérité F - K est le meilleur indicateur de falsification favorable, alors que pour une falsification défavorable, les meilleures indices sont une note basse à l'échelle clinique Hs, des notes élevées aux échelles de validité L, F, K ainsi que l'allure de la courbe.

### *1. 3. 5. 5. Les échelles cliniques*

Le test du MMPI-2 est constitué de trois types d'échelles cliniques :

- les échelles purement symptomatiques,
- les échelles de traits de personnalité,
- et les échelles mixtes (de symptômes et de traits de personnalité).

Toutes ces échelles ont la même pertinence concernant l'établissement d'un diagnostic. Dans l'ordre de présentation graphique ces échelles sont :

#### **1 - Echelle Hs : Hypochondrie - échelle symptomatique (32 items)**

L'échelle Hs mesure l'intérêt et le degré de préoccupation que le sujet présente concernant ses fonctions corporelles et sa santé. Cette échelle contient peu d'items et sa note obtenue est corrigée par l'ajout d'une fraction de 0,5K. Elle a été constituée à partir des résultats de patients névrotiques se préoccupant excessivement de leur santé et se plaignant de divers maux somatiques sans fondement organique. Ainsi, un score élevé (supérieur à 65) suppose que le sujet se plaint de malaises et troubles somatiques sans base organique et ce, avec une tendance égocentrique et sans pouvoir être rassuré. Dans le cas de maladie réelle, le taux reste dans les proportions moyennes.

Il arrive qu'une élévation de cette échelle s'accompagne d'un score élevé à celle de Dépression marquant alors la présence d'éléments dépressifs ou anxieux manifestes.

Dans d'autres cas, un score élevé à l'échelle d'hystérie Hy et un bas à l'échelle de dépression D s'ajoutent à un score élevé à l'échelle Hs dévoilant alors la présence d'un fonctionnement opératoire ici nommé « V psychosomatique » (en référence à sa forme sur la représentation graphique du profil).

### **2 - Echelle D : Dépression - échelle symptomatique (57 items)**

Cette échelle a été élaborée à partir des réponses d'un groupe de patients présentant des troubles de l'humeur variés : réaction dépressive, épisode dépressif majeur ou accès mélancolique chez des patients maniaco-dépressifs. Elle s'avère très sensible, s'élève en présence de symptômes dépressifs ou anxieux, et diminue lorsque l'état du sujet s'améliore cliniquement. Cependant, une hausse du score peut aussi relever d'autres affections psychiques, ou encore renvoyer à une caractéristique d'une entité nosographique comme dans l'organisation limite par exemple.

De manière générale, une note élevée à l'échelle D indique la présence chez le sujet de sentiments de découragement, d'idées pessimistes ou de désespoir mais aussi des idées de culpabilité, et d'auto-dévalorisation.

### **3 - Echelle Hy : Hystérie de conversion - échelle mixte (60 items)**

L'échelle d'hystérie comprend à la fois des items relatifs à des plaintes sensorielles ou moteurs gênantes - paralysies, cécités, courbatures,... sans que ces troubles est une cause organique - mais aussi des items renvoyant à un déni de problèmes et à un manque d'anxiété sociale -belle indifférence avec naïveté, dépendance affective, théâtralisation, érotisation des rapports sociaux, infantilisme...

Du fait de cette mixité symptôme/personnalité de l'échelle, la note T peut rester basse. En effet, le sujet peut présenter une personnalité hystérique sans conversion. Par contre, dans le cas d'une note élevée, elle suppose une personnalité hystérique de base accompagnée ou non d'un symptôme de conversion.

### **4 - Echelle Pd : Déviation psychopathologie - échelle de traits de personnalité (50 items)**

Cette échelle rend compte d'une personnalité caractérisée par une tendance au passage à l'acte, par une absence de réaction émotionnelle profonde, par un détachement et un mépris envers les normes sociales et morales de conduites, par une certaine froideur dans le contact,

## **Méthodologie**

par un défaut d'empathie et par une tendance à la récidive (incapacité de profiter d'une expérience acquise) allant jusqu'à une tendance aux comportements antisociaux et délictueux avec une absence de culpabilité et de sentiments. Pour ce faire, elle a été construite à partir des résultats de patients transférés en service de psychiatrie pour un bilan visant à chercher l'origine de leurs difficultés permanentes avec la loi alors qu'ils ne montrent ni troubles névrotiques, ni psychotiques et ne vivent pas dans un milieu socioéconomique défavorable.

Comme pour l'échelle Hs, la transformation de la note brutes en note T se fait par l'ajout d'une fraction de 0,4K à la note brute.

Lorsque le score élevé à l'échelle Pd est associé à un score élevé à l'échelle Pa (du fait du sentiment de persécution) ou à un score élevé à l'échelle Ma (accès maniaque), le risque de passage à l'acte est accru. Par ailleurs, un score haut à l'échelle Pd est un indice de mauvais pronostic quant à une prise en charge psychothérapeutique. En effet, la structure psychopathique est solide et la difficulté d'engagement personnel et sincère y est caractéristique.

### **5 - Echelle Mf : Masculin-Féminin - échelle symptomatique (56 items)**

Cette échelle est sujet à controverse. En effet, elle a été élaborée à partir des résultats d'un groupe de patients hommes exprimant une plainte concernant leurs désirs homosexuels et présentant d'importantes interrogations sur leur identité sexuelle. La même procédure sur un groupe de patientes femmes n'a pas permis la construction d'une même échelle.

Ainsi, les items de cette échelle correspondent à une gamme de réactions émotionnelles, d'intérêts, d'attitudes et de sentiments vis-à-vis de la vie professionnelle, des relations sociales et des loisirs, pour lesquels sont observés une différence entre les hommes et les femmes (fondés sur les réponses d'hommes).

La note T de cette échelle est inverse pour les hommes et les femmes. Elle évolue dans le sens opposé. De manière générale, une note basse révélerait de traits féminins, et une note haute de traits masculins. Dès lors, une femme ayant une note haute montrerait une masculinité statistiquement prononcée avec des sujets d'intérêt masculin (déviante quant à la norme statistique), alors qu'un score bas témoignerait d'une grande féminité avec des sujets d'intérêt de type féminin (hyper-conformiste). A l'inverse, un homme obtenant un score élevé à cette échelle aurait des sujets d'intérêt de type féminins et des attirances homosexuelles,

alors qu'une note basse montrerait l'adoption d'attitudes et d'intérêts masculins (conformistes et stéréotypés).

Il est ici important de préciser d'une part, que l'échelle ne diagnostique pas l'homosexualité, et que d'autre part, qu'il a été constaté empiriquement que les sujets de niveau culturel élevé obtiennent un score haut « féminin » à cette échelle quel que soit leur sexe.

De manière générale, cette échelle correspondrait à l'adoption et à l'adhésion du sujet aux intérêts et stéréotypes masculins et féminins de manière plus ou moins conformiste, ou à l'adoption de sujets d'intérêt du sexe opposé. Or, cette définition mais aussi la construction de cette échelle la rendent très critiquable. En effet, la masculinité et la féminité ne sont pas clairement définies. L'échelle mesure finalement les sujets d'intérêts et le degré de conformisme du sujet, et elle se révèle donc très dépendante de la culture et des mœurs de l'époque. De plus, cette échelle a été construite à partir des résultats d'un groupe d'hommes mélangeant au sein de celui-ci : sujets d'intérêt, identité sexuelle, désirs homoérotiques. Par conséquent, la pertinence, la validité et même l'intérêt de cette échelle sont très relatifs, voire contestables.

Compte tenu du sujet de ce travail de recherche et du recrutement des personnes y participant en l'occurrence transsexuels masculin vers féminin, cette échelle permettra de tenter d'évaluer la tendance des sujets à adopter consciemment ou non une attitude et des intérêts féminins, et d'obtenir des données statistiques et descriptives concernant ces traits. Toutefois, une certaine précaution reste de mise étant données les critiques relatives à cette échelles exposées ci-dessus.

### **6 - Echelle Pa : Paranoïa - échelle mixte (40 items)**

L'échelle Pa a été construite à partir d'un groupe de patients présentant une variété de troubles appartenant à la paranoïa. Ainsi, elle rend à la fois compte d'une forte sensibilité dans les relations, d'une tendance à mal interpréter les intentions d'autrui, de sentiments d'insécurité et de persécution, et de tendance à l'égoïsme.

## **Méthodologie**

Cette échelle est très sensible aux tendances interprétatives et s'élève donc même lorsqu'il ne s'agit pas d'une paranoïa franche. Ainsi, elle permet de rendre compte d'un délire paranoïaque, d'une personnalité paranoïaque mais aussi de tendances paranoïaques au sein d'une autre entité pathologique.

Une note significativement élevée indique avec certitude la présence d'une pathologie.

Toutefois, de par la méfiance caractéristique de la paranoïa, il est aussi nécessaire de s'interroger sur le diagnostic de paranoïa malgré un score faible à l'échelle Pa. En effet, dans ce cas, il est possible que la note faible trahisse la présence d'une paranoïa, pouvant alors être constatée par le fait que cette note basse est associée à une note haute à l'échelle de validité L (mensonge).

### **7 - Echelle Pt : Psychasthénie - échelle symptomatique (48 items)**

L'échelle de psychasthénie a été construite à partir des résultats d'un groupe de patients névrosés obsessionnels présentant des idées obsédantes, des rituels compulsifs ou des craintes exagérées - tous conçus sous l'angle de la psychasthénie en tant qu'affaiblissement du contrôle mental sur les pensées et les actes. Certains items portent sur ces divers symptômes, ou sur une anxiété et une détresse générales, alors que d'autres concernent un état émotionnel négatif.

La conversion de la note brute en T se fait par l'ajout de la note totale K et lorsque ce score est élevé, il rend alors compte de la présence chez le sujet de principes moraux rigoureux, de sentiments excessifs de responsabilité et de culpabilité, ainsi que d'efforts stricts et contraignants pour contrôler ses impulsions. Toutefois, l'interprétation de cette échelle est délicate car marquant aussi la présence d'une anxiété en général. Ainsi, elle accompagne toute échelle qui s'élève qu'il s'agisse des névroses, de la dépression et de la schizophrénie, et une note haute à Pt peut alors être considérée plus largement comme un indice de pathologie à associer aux autres scores élevés. Cependant, du fait de cette généralisation, cette échelle perd alors de sa précision et de sa pertinence différentielle.

### **8 - Echelle Sc : Schizophrénie - échelle symptomatique (78 items)**

L'échelle Sc est une échelle fondée sur les réponses d'un groupe de patients présentant différentes formes de schizophrénie. Le contenu de ses items porte donc sur un large éventail de signes cliniques caractéristiques de cette pathologie - fausses perceptions, idées bizarres, sentiment d'étrangeté - mais ne permet pas de préciser le type de schizophrénie.

Pour calculer la note T standard à cette échelle, il faut ajouter la totalité de la note K à la note brute.

Cependant, d'un point de vue empirique, cette échelle est valide mais manque donc de précision. En effet, statistiquement, elle détecte 60% des patients schizophrènes cliniquement diagnostiqués auparavant, et de manière plus étendue, elle permet de noter la présence de signes schizophrènes, mais il arrive aussi que des adolescents du fait des changements importants liés à cette période de la vie, obtiennent des scores hauts sans être schizophrènes. De même, dans des cas de névrose polysymptomatique grave, la note à échelle Sc peut s'élever significativement. Toutefois, elle reste alors en dessous des échelles névrotiques, ce qui aboutit sur la représentation graphique du profil à une pente descendante.

### **9 - Echelle Ma : Hypomanie - échelle symptomatique (46 items)**

Cette échelle a été élaborée sur les résultats d'un groupe de patients maniacodépressifs à un stade précoce de l'entrée dans un accès maniaque. Elle est donc différente de la manie pure. Ses items concernent des manifestations comportementales et des traits caractéristiques de l'état maniaque (extraversion, ambition et aspiration surestimées et démesurées).

La conversion de la note brute en note T est précédée de l'ajout d'une fraction de 0,2K.

L'échelle Ma a une bonne validité empirique et permet d'indiquer une tendance au passage à l'acte notamment lorsqu'elle est accompagnée d'un score élevé à l'échelle Pd.

### **0 - Echelle Si : Introversion sociale - échelle de traits de personnalité (69 items)**

Cette échelle clinique est particulière du fait qu'elle ne concerne pas une entité nosographique et n'a donc pas été élaborée à partir des résultats d'un groupe de patients. En effet, elle a été construite sur des échantillons d'étudiants ayant obtenu des résultats extrêmes à une échelle d'introversion-extraversion sociale. En cela, il s'agit en quelque sorte d'une



## **Méthodologie**

échelle clinique complémentaire. Les notes supérieures à la moyenne de l'échelle Si reflètent une timidité, des difficultés à s'affirmer sur le plan social, et une préférence pour le travail solitaire. A l'opposé, les notes inférieures vont dans le sens d'une participation et d'une affirmation sociales importantes.

### **Les échelles supplémentaires additionnelles de Rôles sexuels Masculin Gm (47 items) et Féminin Gf (46 items)**

Compte tenu du sujet de cette recherche, les scores à ces deux échelles supplémentaires ont été pris en considération et étudiés en plus des scores aux échelles cliniques de base. En effet, les résultats à ces échelles permettent d'obtenir de manière indirecte des données statistiques et descriptives sur les rôles de genre masculins et féminins des participants à cette recherche. A l'heure actuelle, il s'agit encore d'échelles expérimentales portant sur le genre défini comme rôles sexuels masculins ou féminins. Ces deux échelles sont donc à utiliser autant pour les hommes que pour les femmes.

**Pour l'échelle Gm**, les items retenus sont ceux pour lesquels la majorité de l'échantillon masculin a répondu dans le même sens et pour lesquels la proportion de femmes ayant répondu dans ce sens est inférieure à 10%. Il s'agit donc de réponses données en forte majorité - quasi-exclusivement - par des hommes.

**L'échelle Gf** a été construite de la même manière, avec les items auxquels la majorité des femmes ont répondu dans le même sens et moins de 10% des hommes ont répondu dans ce sens. Il s'agit donc de réponses données en forte majorité - quasi-exclusivement - par des femmes.

Par ailleurs, il faut noter que parmi les 47 items de l'échelle Gm, 6 appartiennent à l'échelle Mf, et que parmi les 46 de l'échelle Gf, 16 appartiennent à Mf. Les deux échelles de rôles sexuels sont donc relativement indépendantes de l'échelle Mf et plus particulièrement l'échelle Gm.

Les premières études montrent que chez les hommes, l'échelle Gm est liée à une confiance en soi élevée, une forte ténacité et une forte diversité des centres d'intérêts, ainsi qu'à une absence de peur et de sentiments de référence. Chez les femmes, cette échelle est liée à une confiance en soi, à une volonté d'essayer de nouvelles choses, et aussi à un manque de préoccupations ou de sentiments de référence.

De même, les premières études sur l'échelle Gf est associée chez les hommes, à la religiosité, à un évitement de la grossièreté, à une tendance à faire remarquer avec franchise leurs défauts aux autres, à des aspects autoritaires, à des difficultés à maîtriser sa colère, et à une tendance à la consommation abusive d'alcool et de médicaments auto-prescrits. Chez les femmes, elle est également associée à la religiosité et à la tendance à la consommation abusive d'alcool et de médicaments auto-prescrits.

Cependant, il faut ici préciser qu'il s'agit d'un genre empirique et statistique, et non théorique. La féminité et la masculinité sont construites sur la majorité quasi-exclusive d'un sexe par rapport à l'autre. La variable prise à la base pour élaborer ces échelles de genre est donc le sexe, et on ne peut savoir si les hommes de l'échantillon étaient masculins (et non efféminés) et si les femmes étaient féminines (et non masculines). Cet élément est supposé/considéré comme acquis. Malgré cela, ces échelles ont l'intérêt de permettre une comparaison des rôles sexués par rapport à la population générale.

### *1. 3. 5. 6. Indices complémentaires*

En plus des échelles cliniques - comme c'est le cas pour les échelles de validité - il y a des indices permettant d'éclairer le profil :

- **Indice de Goldberg (psychose ou névrose)**

$$\text{Indice de Goldberg} = L + Pa + Sc - Hy - Pt$$

Une note supérieure à 45 suggère une psychose et une note inférieure, une névrose.

- **Moyenne d'élévation du profil (indice de pathologie)**

$$\text{Moyenne d'élévation} = (Hs + D + Hy + Pd + Pa + Pt + Sc + Ma) / 8$$

Une moyenne supérieure à 65 suggère des problèmes psychologiques relativement importants.

## Méthodologie

- **L'indice d'anxiété AI (Anxiety Index calculé en note T):**

$$AI = [(Hs + D + Hy) / 3] + (D + Pt) - (Hs + Hy)$$

L'indice d'anxiété est aussi converti en note T. Ainsi, lorsqu'il dépasse 70, le profil présente une anxiété manifeste. La note T de AI équivaut à l'écart du sujet par rapport à la moyenne de la population générale avec une moyenne de 50 et un écart-type de 10.

- **L'indice IR (Rapport d'Intériorisation calculé en note T) :**

$$IR = (Hs + D + Pt) / (Hy + Pd + Ma)$$

La note brute de IR se distribue autour de plus ou moins 1 selon une loi normale. Un IR supérieur à 1 (note T supérieure à 50) montre que le risque de passage à l'acte est faible. Un note IR inférieure à 1 (note T inférieure à 50) met au jour une tendance à extérioriser les conflits et un risque de passage à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif important.

## 2. Procédure d'analyse des données

La disparité de ces outils retenus, nous a amené à distinguer deux types de données et deux orientations de l'analyse de celles-ci, avec l'analyse des données psychométriques issues du MMIP-2 d'un côté, et l'analyse des données cliniques issues de l'entretien et des tests projectifs - selon l'approche psychanalytique et psychodynamique, de l'autre.

Concernant cette dernière approche, un rapprochement entre les points théoriques des hypothèses générales et les axes étudiés sera nécessaire. En effet, la mise en lien entre ces points théoriques et ces axes bien que tous issus de la théorie psychanalytique, ne doit pas faire oublier que la correspondance entre ceux-ci ne va pas de soi, n'est pas directe. A titre d'exemple, la réalité de l'autre de C. Dejours ne correspond pas exactement à l'épreuve de réalité de Kernberg. Il convient pour investiguer celle-ci premièrement, d'ajouter l'étude du degré d'intégration de l'identité à celui de l'épreuve de réalité, puis de ne pas omettre et continuer à réfléchir sur cette mise en relation.

De même, il faut garder à l'esprit qu'à l'heure actuelle, l'Inconscient amental, la réalisation pulsionnelle par la perception et l'extrême n'ont pas donné lieu à un travail d'investigation et de théorisation par les tests projectifs. Il s'agit alors ici de reprendre les éléments issus de la méthode projective psychodynamique pour les mettre en relation et

chercher à rendre compte des premiers éléments théoriques centraux dans nos hypothèses générales.

### ***2. 1. Données statistiques selon l'approche psychométrique : protocoles du MMPI-2***

Ainsi, dans ce travail de recherche, le MMPI-2 a été utilisé pour obtenir des données statistiques concernant le fonctionnement psychologique et la personnalité des sujets selon trois axes de recherche :

- un axe « rôles et traits sexués » avec les échelles Mf ainsi que Gm et Gf, en tant que facteur secondaire précisant les sexes social et psychologique des participants d'un point de vue descriptif et manifeste,
- un axe « névrose/psychose » avec l'analyse du profil et des indices, pris comme facteur principal renseignant sur le rapport du sujet à la réalité selon la nosographie intrinsèque à ce test,
- et un axe « normal/pathologique » en tant que déviance par rapport à la norme statistique, à partir de l'analyse du profil (sans pour autant oublier les limites de cette conception). Ce facteur principal nous renseignera sur le degré de variation par rapport à l'échantillon de la population générale.

### ***2. 2. Données cliniques de l'approche psychodynamique***

De la même manière que cette procédure d'analyse des données se divise en deux catégories psychométrique et clinique, l'analyse des données cliniques peut aussi être pour sa part divisée en deux sous-catégories : entretien clinique et tests projectifs, ces seconds apportant un complément et des précisions aux résultats du premier.

#### **2. 2. 1. L'entretien clinique**

En référence à l'approche structurale de Kernberg<sup>549</sup> présentée ci-dessus, les entretiens cliniques seront analysés selon trois axes, avec succinctement :

- l'axe **niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité** avec la présence ou non de troubles du cours de la pensée ou de perturbations du rapport à la réalité (délires, d'hallucinations...),

---

<sup>549</sup> Kernberg O. (1984), *op. cit.*

## Méthodologie

- l'axe **degré d'intégration de l'identité** avec la qualité des relations interpersonnelles, la qualité de l'image de soi et des autres ainsi que la qualité des éventuelles faiblesses du Moi spécifique ou non,
- puis, l'axe **niveau des opérations défensives** avec la répartition des opérations défensives de haut niveau et des opérations défensives narcissiques primitives.

Pour revenir à la troisième topique de C. Dejours<sup>550</sup>, prenant en considération que l'Inconscient sexuel renvoie à la névrose et à la pulsion sexuelle de vie associée aux processus secondaires, et que l'Inconscient amental concerne le non-névrotique et la pulsion sexuelle de mort sous l'influence des processus primaires, nous considérerons que ceux-ci peuvent s'observer et être appréciés à travers les trois axes ci-dessus.

Une prédominance des opérations défensives de haut niveau structurée autour du refoulement renverrait à l'Inconscient sexuel, alors qu'une prédominance des opérations défensives primitives fonderait le clivage, relèverait de l'Inconscient amental.

De même, les éléments relevant de la névrose témoignent de l'activité de l'Inconscient sexuel refoulé et du Préconscient.

La perte de l'aptitude à l'épreuve de réalité ainsi que l'abolition de la distinction Soi/objet renverraient à l'éclatement du clivage de l'Inconscient sous le poids de l'Inconscient amental et de la pulsion sexuelle de mort.

De façon différente, une aptitude à l'épreuve de réalité perturbée mais malgré tout maintenue, s'exprimant dans l'agir, témoignerait de l'activité de l'Inconscient amental avec un affaiblissement du clivage de l'Inconscient au niveau de sa zone de sensibilité - point central de connexion entre la réalité et le Conscient-Préconscient/Inconscient sexuel d'une part, et le Conscient/Inconscient amental d'autre part - sans pour autant que ce clivage n'ait pour autant été détruit.

De la même manière, l'absence d'intégration de l'identité renverrait la présence d'un Inconscient amental particulièrement présent et imposant, malmenant un clivage de l'Inconscient précaire et susceptible de céder, alors que la diffusion de l'identité serait le signe d'un conflit au niveau de la zone de sensibilité.

---

<sup>550</sup> Dejours C. (2001a), *op. cit.*

### 2. 2. 2. Les tests projectifs : test du rorschach et Thematic Apperception Test

A la suite de cette première appréciation basée sur les entretiens cliniques, les tests projectifs permettront pour leur part d'affiner l'investigation de ces trois axes.

#### 2. 2. 2. 1. *Le test du rorschach*

Le test du rorschach permettra de préciser chez chaque sujet :

- la capacité ou non d'un ancrage dans une réalité extérieure et d'une adhésion à une pensée collective socialisante et adaptative avec l'analyse des processus de pensée,
- la qualité de l'intégration de l'identité corporelle et psychique ainsi que des indentifications sexuelles, avec l'analyse des traitements des conflits,
- ainsi que le ne niveau des opérations défensives avec l'analyse de l'organisation défensive.

#### 2. 2. 2. 2. *Le thematic apperception test, TAT*

Pour sa part, le TAT permettra en premier lieu, d'évaluer le niveau des opérations défensives selon l'hypothèse de départ intrinsèque à la grille d'analyse du laboratoire de psychologie clinique et projective, selon laquelle les procédés du discours rendent compte des processus défensifs :

- Les procédés du discours des séries A et B renvoyant au fonctionnement névrotique et aux opérations défensives de haut niveau, ces procédés du discours seront considérés comme témoignant de l'expression de l'Inconscient sexuel.
- Le recours aux procédés du discours de la série C d'Evitement du conflit témoignant des expressions de la pulsion sexuelle de mort et de l'Inconscient amential avec un affaiblissement du clivage de l'Inconscient au niveau de la zone de sensibilité, avec un maintien du clivage de l'Inconscient.
- Enfin, les procédés de la série E rendant compte d'émergences d'une pensée en processus primaires laissant entrevoir une effraction du clivage de l'Inconscient transpercé du fait de l'intensité de la pulsion sexuelle de mort en provenance de l'Inconscient amential.

## Méthodologie

Par ailleurs, par les caractéristiques manifestes et les sollicitations latentes de ces planches, le TAT permettra aussi d'apprécier :

- l'intégration de l'identité à travers la stabilité des identités des personnages,
- la mise à l'épreuve des limites dedans/dehors, monde interne/monde externe du sujet, suscitée par les planches 11, 13B, 19, 16,
- ainsi que les modalités par lesquelles le sujet appréhende la problématique œdipienne et l'intégration des identifications sexuées avec la stabilité des identifications des personnages mis en scène dont en particulier aux planches féminines (6GF, 7GF et 9GF) et masculines (6BM, 7BM et 8BM).

### 3. Hypothèses opérationnelles

Ainsi, selon cette procédure d'analyse des données et reprenant les hypothèses générales émises et présentées précédemment<sup>551</sup>, il sera considéré que :

**L'hypothèse 1 : *hypothèse portant sur la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amential*** sera validée :

- si les échelles cliniques névrotiques sont dominées par celles psychotiques au MMPI-2,
- si l'aptitude à l'épreuve de réalité est perturbée ou perdue durant l'entretien clinique de recherche,
- si les processus de pensée montrent des difficultés d'adaptation à la réalité au rorschach,
- et si les procédés du discours majoritaires au TAT appartiennent aux séries C et E avec une altération de la lisibilité des récits.

**L'hypothèse 2 : *hypothèse concernant la clinique de l'extrême et l'ordinaire*** sera validée :

- si à l'entretien et aux tests projectifs, l'excitation rappelle le corps vide, menaçant l'intégration de l'identité du sujet.
- si au rorschach, les processus de pensée permettent de conserver un niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité, malgré l'atteinte des assises identitaires, tel un dépassement de la psychose,

---

<sup>551</sup> Voir pages 269-270, ci-dessus.

- et si au TAT, la lisibilité des récits reste ancrée dans la réalité tout en étant perturbée par l'usage excessif des procédés du discours des séries C et E, dans le mélange d'excitations interne et en provenance du stimuli.

Enfin, **l'hypothèse 3** : *hypothèse concernant la réalisation pulsionnelle par la perception* sera validée si la comparaison des données recueillies - au MMPI-2, à l'entretien clinique, au rorschach et au TAT – de XYZ (en cours de THC) avec celles de XYZ (THC terminée depuis plus de deux ans), laisse entrevoir des éléments et indices de remaniements positifs du fonctionnement psychique de ces deux dernières.

Cependant, il convient de préciser que les indices et éléments choisis et proposés pour étudier la validité de nos hypothèses, le sont à titre indicatifs. Ils ne peuvent être considérés comme étant exhaustifs, d'autres éléments pertinents pouvant émerger au moment de l'analyse des résultats.



## **Méthodologie**

## **V. Analyse des données**

### **1. Analyse des données psychométriques du MMPI-2**

#### ***1. 1. Acceptabilité des protocoles***

##### **1. 1. 1. Monsieur XYZ**

##### **1. 1. 2. Mademoiselle XYZ**

##### **1. 1. 3. Mademoiselle XYZ**

##### **1. 1. 4. Mademoiselle XYZ**

##### **1. 1. 5. Madame XYZ**

##### **1. 1. 6. Madame XYZ**

#### ***1. 2. Traits et rôles Masculin/Féminin***

Avant de passer à l'analyse des traits et des rôles sexués par les échelles Mf et Gm/Gf, rappelons que l'échelle Mf du MMPI-2 est une échelle particulièrement controversée et critiquable. En effet, selon cette échelle les hommes obtenant un score élevé auraient des attitudes et sujets d'intérêts « traditionnellement féminins » et ceux obtenant un score faible, des attitudes et sujets d'intérêts du type « masculin traditionnel ». Par renversement, les femmes ayant obtenu un score élevé présenteraient des attitudes et sujets d'intérêts du type « masculin traditionnel » et celles ayant obtenu un score faible auraient des attitudes et sujets d'intérêts du type « féminin traditionnel ». Or, il est ici important de garder à l'esprit que de manière peu précise, cette échelle a été essentiellement construite sur un groupe mal défini de patients uniquement hommes présentant des sentiments homo-érotiques et des interrogations

## Analyse des données

sur leur identité sexuelle. Ce n'est que dans un second temps qu'elle a été renversée pour les femmes (aucun groupe de patientes n'ayant permis de construire une échelle équivalente). Cette méthode de construction de l'échelle est contestable. Par ailleurs, il est important de pointer le caractère parfois cliché et stéréotypé des traits considérés et interprétés comme masculins ou féminins. Succinctement, l'homme efféminé est confondu et assimilé à un caractère passif avec manque d'affirmation et tendances homo-érotiques. Pour sa part, l'homme viril est décrit comme brutal, machiste, agressif, casse-cou et orienté vers l'action avec une certaine confiance en soi. De la même manière, une femme masculine (ou virile) présenterait des tendances dominatrices, agressives et une certaine froideur affective, alors qu'une femme féminine aurait des tendances passives, soumises, gênée et dépendante.

Ainsi, à l'échelle Mf, l'orientation (vers le haut ou vers le bas) et l'importance de l'écart à la norme seront appréciées avant tout de manière quantitative, mais les interprétations qualitatives proposées par le manuel d'interprétation<sup>552</sup> - sans être totalement exclues - seront tout de même relativisées.

En cela, bien qu'encore expérimentales, les échelles de rôles sexués Gm et Gf semblent plus pertinentes car construites sur un point de vue empirique et non à partir de jugements cliniques en lien avec des attributs positifs socialement désirables. En effet, pour être retenu dans une de ces deux échelles, l'item devait premièrement obtenir la même réponse pour la majorité des sujets d'un sexe (plus de 50% d'hommes ou de femmes) et deuxièmement, n'obtenir qu'au maximum 10% de réponses allant dans ce même sens par les sujets de l'autre sexe. Selon le Manuel d'interprétation du MMPI-2<sup>553</sup>, par le recours à ces deux échelles, les auteurs de ce test espèrent pouvoir apporter des précisions aux résultats obtenus à l'échelle Mf, notamment concernant l'identification au rôle sexué. En théorie, une note extrême (basse ou haute) à l'une des échelles Gm « ou » à Gf devrait être accompagnée d'une note extrême à l'échelle Mf, et des notes extrêmes (basses ou hautes) aux deux échelles Gm « et » Gf devraient être accompagnées d'une note moyenne à l'échelle Mf. Pour ces raisons, malgré leur caractère expérimental, les échelles Gm et Gf semblent plus intéressantes - voire même plus précises - que l'échelle Mf, car permettant de comparer l'adhésion du sujet à chacun des deux rôles sexués et par rapport aux populations générales de chaque sexe.

---

<sup>552</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

<sup>553</sup> ECPA (1996), *op. cit.*

**1. 2. 1. Monsieur XYZ**

**1. 2. 2. Mademoiselle XYZ**

**1. 2. 3. Mademoiselle XYZ**

**1. 2. 4. Mademoiselle XYZ**

**1. 2. 5. Madame XYZ**

**1. 2. 6. Madame XYZ**

**1. 2. 7. Synthèse sur les scores aux échelles de traits et de rôles sexuels  
du MMPI-2**

L'analyse et la comparaison des scores aux échelles Mf et Gm/Gf en cotation Homme et Femme permet de distinguer et regrouper précisément les personnes participants à cette recherche selon leurs traits et rôles masculins/féminins<sup>554</sup>.

Ainsi, tous les écarts entre les cotations Homme et Femme sont positifs ce qui coïncide avec une adhésion au féminin plutôt qu'au masculin, même si ces écarts sont assez bas voire très bas comme pour XYZ.

---

<sup>554</sup> Une représentation schématique de la répartition des participants selon leurs résultats aux échelles de traits et de rôles sexuels du MMPI-2 est disponible en Annexe.

## **Analyse des données**

L'étude comparative des échelles Gm et Gf en double cotation Homme/Femme, nous apparaît cependant plus précise, intéressante et pertinente. En effet, nous pouvons par celle-ci observer une première différence entre XYZ et le reste du groupe au niveau de l'échelle Gm cotée en Homme. XYZ y obtient le score élevé de 63 (masculinité forte par rapport aux hommes) alors que les cinq autres participants y obtiennent 30 (score de masculinité significativement très bas par rapport aux hommes). *XYZ est donc la seule personne de l'échantillon très masculine comparée aux hommes.*

Une seconde différence apparaît entre les cinq autres participants au niveau des rôles sexuels féminins par rapport à la population générale, notes aux échelles Gf cotées en Homme et Gf cotées en Femme. XYZ obtiennent une note de féminité moyenne à la première (Gf Homme, environ 50) et une note basse à la seconde (Gf Femme, environ 30), alors que XYZ obtiennent une note de féminité très élevée à l'échelle Gf cotée en Homme et une note de féminité moyenne à Gf en cotation Femme. Il se distingue donc deux sous-groupes : un premier (XYZ) dont la féminité est moyenne par rapport aux hommes mais basse par rapport aux femmes, puis un second (XYZ) où la féminité est très élevée en comparaison avec les hommes et dans la norme par rapport aux femmes. *XYZ sont normalement féminines comparées aux hommes et sont significativement peu féminines comparées aux femmes, alors que XYZ sont très féminines comparées aux hommes et normalement féminines comparées aux femmes.*

Enfin, au sein de ce dernier sous-groupe, XYZ se distingue de XYZ au niveau de l'échelle Gm en cotation Femme. En effet, en plus d'un score de féminité en cotation Homme bien supérieur à tous les autres (89), cette dernière est la seule à présenter une masculinité significativement très basse par rapports aux femmes de la population générale. *XYZ est donc la seule de l'échantillon à avoir une masculinité significativement très basse et ce, même comparée aux femmes.*

### ***1. 3. Analyse des échelles cliniques***

#### **1. 3. 1. Monsieur XYZ**

#### **1. 3. 2. Mademoiselle XYZ**

**1. 3. 3. Mademoiselle XYZ**

**1. 3. 4. Mademoiselle XYZ**

**1. 3. 5. Madame XYZ**

**1. 3. 6. Madame XYZ**

**1. 3. 7. Synthèse sur les profils psychologiques issus du MMPI-2**

En conclusion, selon l'ensemble de ces résultats obtenus au MMPI-2 par les personnes participantes à notre recherche, nous pouvons constater qu'*aucun des profils ne présentent une élévation moyenne dépassant le seuil de déviance pathologique.*

Du point de vue de l'indice Névrose/Psychose, *cinq des profils obtiennent un score suggérant une prépondérance des éléments psychotiques sur les éléments névrotiques.* Cependant, l'indice de Goldberg de *type névrotique obtenu par XYZ doit être relativisé.* L'analyse des échelles de son profil prises de manière isolée, ne montre pas d'élévation des échelles névrotiques. Parmi les cinq profils obtenant un indice de type psychotique, on peut souligner que *les scores de XYZ sont particulièrement élevés ce qui marque l'importance plus accentuée des éléments psychotiques chez ces dernières* avec des courbes d'allure monophasique.

L'analyse des profils selon les échelles prises individuellement montre une grande hétérogénéité et ne permet donc pas d'en extraire des remarques généralisables ou différentielles concernant cet échantillon.

Au niveau des indices complémentaires, on observe que les personnes participantes en cours ou débutant leur transformation hormonale et chirurgicale, à savoir *XYZ présentent un niveau d'anxiété faible (AI<50).* Seules XYZ - participantes ayant terminé leur THC depuis plus de deux ans - *obtiennent chacune un indice d'anxiété assez élevé,* même si ceux-ci ne sont dépassent pas le seuil significatif de 70.

## Analyse des données

Concernant le rapport à l'intériorisation, l'indice IR divise l'échantillon en deux sous-groupes. En effet, *XYZ* commençant son parcours de soins par THC ainsi que *XYZ* ayant terminé ce parcours, ***montrent une capacité d'intériorisation et ne sont pas orientés vers le recours à l'agir***. Au contraire, *XYZ* - en cours de THC avec modifications de l'apparence, *passing* - ***obtiennent un indice IR laissant apparaître une prédominance de l'extériorisation avec passage à l'acte*** (élevé chez *XYZ*). Dans l'hypothèse d'une mise en relation entre cette tendance à l'agir avec le *passing*, il se pose alors la question de déterminer si cette tendance découle ou est induite par le *passing*. En effet, d'un certain point de vue, l'expérience en vie réelle et le *passing* demandent (voire ordonnent) d'agir et de ne pas intérioriser.

Tenter une conclusion concernant les hypothèses diagnostiques et le fonctionnements psychologiques de cet échantillon n'est pas une tâche aisée tant ceux-ci sont hétérogènes. Toutefois, nous pouvons tout de même constater que de manière générale, ***aucun de ces profils ne rend compte d'un fonctionnement névrotique. Cependant, aucun de ceux-ci ne montrent non plus de score de pathologie manifeste***. Des hypothèses diagnostiques de fonctionnements limites ont été proposées du fait de la présence d'éléments psychotiques et névrotiques au sein de ces profils, sans que ceux-ci ne permettent de dégager les signes d'une psychose avérée. Toutefois, une investigation plus approfondie notamment à un niveau psychodynamique, est nécessaire pour pouvoir valider ou invalider ces hypothèses de manière plus claire et précise.

Du point de vue de notre **hypothèse 1** : ***hypothèse portant sur la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amential, celle-ci peut être considérée comme validée au MMPI-2*** puisque les échelles cliniques névrotiques sont dominées par celles psychotiques. D'autre part, à cela s'ajoute l'absence d'élévation moyenne au-dessus du seuil pathologique ce qui montre que les profils restent dans les normes statistiques.

## 2. Analyse des données cliniques

Cependant, à l'issue de cette première analyse de données statistiques du MMPI-2, afin de préciser ces premiers résultats et de tester la validité de nos hypothèses, il convient maintenant de continuer notre investigation du fonctionnement psychique selon une approche clinique et psychodynamique, avec l'analyse des entretiens puis celles des tests projectifs.

### 2. 1. Analyse des entretiens cliniques

Comme il l'a été décrit dans la partie Méthodologie, l'analyse des entretiens se réfère à l'approche psychodynamique structurale de Kernberg<sup>555</sup>, c'est-à-dire selon trois axes que sont le niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité, le degré d'intégration de l'identité et le niveau des opérations défensives.

#### 2. 1. 1. Monsieur XYZ

2. 1. 1. 1. Niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité

2. 1. 1. 2. Degré d'intégration de l'identité

2. 1. 1. 3. Niveau des opérations défensives

2. 1. 1. 4. Conclusion

#### 2. 1. 2. Mademoiselle XYZ

2. 1. 2. 1. Niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité

---

<sup>555</sup> Kernberg O. (1984), *op. cit.*



## **Analyse des données**

*2. 1. 2. 2. Degré d'intégration de l'identité*

*2. 1. 2. 3. Niveau des opérations défensives*

*2. 1. 2. 4. Conclusion*

### **2. 1. 3. Mademoiselle XYZ**

*2. 1. 3. 1. Niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité*

*2. 1. 3. 2. Degré d'intégration de l'identité*

*2. 1. 3. 3. Niveau des opérations défensives*

*2. 1. 3. 4. Conclusion*

### **2. 1. 4. Mademoiselle XYZ**

*2. 1. 4. 1. Niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité*

*2. 1. 4. 2. Degré d'intégration de l'identité*

*2. 1. 4. 3. Niveau des opérations défensives*

*2. 1. 4. 4. Conclusion*

**2. 1. 5. Madame XYZ**

*2. 1. 5. 1. Niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité*

*2. 1. 5. 2. Degré d'intégration de l'identité*

*2. 1. 5. 3. Niveau des opérations défensives*

*2. 1. 5. 4. Conclusion*

**2. 1. 6. Madame XYZ**

*2. 1. 6. 1. Niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité*

*2. 1. 6. 2. Degré d'intégration de l'identité*

*2. 1. 6. 3. Niveau des opérations défensives*

*2. 1. 6. 4. Conclusion*

**2. 1. 7. Synthèse des résultats des entretiens cliniques**

Pour conclure sur l'analyse des entretiens cliniques, nous pouvons en premier lieu constater qu'aucun sujet de notre échantillon ne présente de signes de perte de l'aptitude à l'épreuve de réalité, ce qui confirme nos résultats obtenus par le calcul de l'élévation moyenne des échelles cliniques au MMPI-2.

## Analyse des données

Par contre, une différence apparaît pour ce qui se rapporte au degré d'intégration de l'identité. En effet, si tous les sujets de l'échantillon présentent une diffusion de l'identité, nous pouvons remarquer une différence pour ce qui est de la problématique transsexuelle et de son retentissement sur l'intégration de la différence des sexes. Chez XYZ, la problématique identitaire transsexuelle semble en premier lieu fondée sur une identité féminine revendiquée. Le rejet du masculin paraît y avoir une place secondaire. De même, le clivage des sexes, la sexualité et la relation à l'autre semblent s'assouplir au fur et à mesure que l'apparence change pour correspondre à l'identité sexuée revendiquée. De manière bien distincte, chez XYZ, la problématique transsexuelle semble mal définie proche de la problématique transgenre même si elle n'y correspond pas non plus. Ce qui prime concernant leur problématique transsexuelle atypique n'est pas l'identité sexuée féminine mais le rejet du masculin subjectif et personnel. Cette problématique semble en lien avec un fantasme du genre neutre. La différence des sexes, la sexualité et la relation à autrui restent conflictuelle. L'évitement du conflit donne lieu à une forte inhibition pour éviter toute excitation pulsionnelle et son potentiel désorganisant. Enfin, pour sa part, XYZ est comme située entre ces deux sous-groupes. Sa problématique est clairement transsexuelle. Rien ne laisse à penser à un fantasme du genre neutre de ce point de vue. Cependant, son évitement du conflit par l'inhibition est particulièrement intense, et la relation à autrui est fortement perturbée.

De manière similaire, au niveau des opérations défensives, celles-ci sont toujours de type narcissique primitif visant à protéger un Moi fragile. Cependant, nous pouvons remarquer une différence pour ce qui est du clivage des sexes. En effet, chez XYZ, ce clivage des sexes paraît être un clivage vertical permettant de rejeter le soi masculin, d'affirmer le soi féminin et de réinvestir le masculin chez autrui. De même, ce clivage permet le maintien du registre défensif et un remaniement de la relation à l'autre sous l'angle d'une intégration plus harmonieuse de la différence des sexes. Chez XYZ, le clivage des sexes est plutôt de type manichéen horizontal, avec cependant une différence quant au choix d'objet de XYZ, masculin pour le premier et féminin pour la seconde. Or, dans les deux cas, le masculin reste essentiellement mauvais, alors que pour sa part, le féminin est idéalisé.

Concernant nos hypothèses opérationnelles, *l'hypothèse 1 concernant la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amential a été validée*. En effet, la problématique transsexuelle se situe en-dehors de l'Inconscient sexuel refoulé. La différence des sexes à laquelle elle se rapporte, n'est pas celle du complexe d'œdipe et de la castration. Cette problématique est en lien avec la pulsion sexuelle de mort qui cherche une satisfaction au

risque de la déliaison. De même, le conflit en lien avec cette problématique se situe au niveau de la zone de sensibilité du clivage de l'Inconscient, zone où l'Inconscient amental dépourvu de Préconscient est le plus exposé à la réalité du fait de la faible épaisseur du Conscient à cet endroit.

*A propos de l'hypothèse 2 portant sur la clinique de l'extrême et de l'ordinaire, celle-ci a été validée du fait que chez tous nos sujets, la construction de l'identité féminine semble venir en réaction à une angoisse du vide laissée par la déconstruction du masculin au sein de laquelle l'excitation pulsionnelle en lien avec la zone génitale n'est pas admissible, cette solution apparaissant comme une réponse entre psychose et fonctionnement limite, la psychose étant dépassée sans que le fonctionnement limite n'ait pris forme et alors que la névrose est impossible.*

Enfin, *concernant l'hypothèse 3 à propos de la réalisation pulsionnelle par la perception, celle-ci ne peut être que partiellement validée.* En effet, une différence a été constatée entre le sous-groupe en cours de THC et XYZ qui ont terminé leur THC depuis plus de deux ans. Cependant, si pour XYZ, il semble que la THC ait eu l'effet d'une réalisation pulsionnelle par la perception permettant la satisfaction de la pulsion sexuelle de mort dans la vie quotidienne tout en la préservant de la déliaison - s'accompagnant par là même occasion d'un assouplissement du registre défensif, notamment du clivage des sexes - cela n'est pas le cas pour XYZ qui continue d'avoir recours à un registre défensif stricte et rigide pour éviter toute excitation pulsionnelle du fait de son risque potentiellement désorganisant.

## **2. 2. Analyse des protocoles du test du rorschach**

### **2. 2. 1. Monsieur XYZ**

#### *2. 2. 1. 1. Impressions cliniques*

#### *2. 2. 1. 2. Analyse des processus de pensée*

#### *2. 2. 1. 3. Traitement des conflits*

### **a. Axe narcissique**

*Au niveau des assises identitaires*

## **Analyse des données**

*Au niveau des identifications secondaires*

### **b. Axe objectal**

*Au niveau des représentations de relations*

2. 2. 1. 4. *Organisation défensive*

2. 2. 1. 5. *Conclusion*

#### **2. 2. 2. Mademoiselle XYZ**

2. 2. 2. 1. *Impressions cliniques*

2. 2. 2. 2. *Processus de pensée*

2. 2. 2. 3. *Traitement des conflits*

### **a. Axe narcissique**

*Au niveau des assises identitaires*

*Au niveau des identifications secondaires*

**b. Axe objectal**

*Au niveau des représentations de relations*

*Au niveau du traitement des affects*

2. 2. 2. 4. *Organisation défensive*

2. 2. 2. 5. *Conclusion*

**2. 2. 3. Mademoiselle XYZ**

2. 2. 3. 1. *Impressions cliniques*

2. 2. 3. 2. *Processus de pensée*

2. 2. 3. 3. *Traitement des conflits*

**a. Axe narcissique**

*Au niveau des assises identitaires*

*Au niveau des identifications secondaires*

## **Analyse des données**

### **b. Axe objectal**

*Au niveau des représentations de relations*

*Au niveau du traitement des affects*

2. 2. 3. 4. *Organisation défensive*

2. 2. 3. 5. *Conclusion*

### **2. 2. 4. Mademoiselle XYZ**

2. 2. 4. 1. *Impressions cliniques*

2. 2. 4. 2. *Processus de pensée*

2. 2. 4. 3. *Traitement des conflits*

### **a. Axe narcissique**

*Au niveau des assises identitaires*

*Au niveau des identifications secondaires*

### **b. Axe objectal**

*Au niveau des représentations de relations*

*Au niveau du traitement des affects*

2. 2. 4. 4. *Organisation défensive*

2. 2. 4. 5. *Conclusion*

**2. 2. 5. Madame XYZ**

2. 2. 5. 1. *Impressions cliniques*

2. 2. 5. 2. *Processus de pensée*

2. 2. 5. 3. *Traitement des conflits*

**a. Axe narcissique**

*Au niveau des assises identitaires*

*Au niveau des identifications secondaires*

**b. Axe objectal**

*Au niveau des représentations de relations*

*Au niveau du traitement des affects*



## **Analyse des données**

2. 2. 5. 4. *Organisation défensive*

2. 2. 5. 5. *Conclusion*

### **2. 2. 6. Madame XYZ**

2. 2. 6. 1. *Impressions cliniques*

2. 2. 6. 2. *Processus de pensée*

2. 2. 6. 3. *Traitement des conflits*

#### **a. Axe narcissique**

*Au niveau des assises identitaires*

*Au niveau des identifications secondaires*

#### **b. Axe objectal**

*Au niveau des représentations de relations*

*Au niveau du traitement des affects*

*2. 2. 6. 4. Organisation défensive*

*2. 2. 6. 5. Conclusion*

**2. 2. 7. Synthèse des résultats au test du rorschach**

Concernant l'analyse des processus de pensée, l'analyse des protocoles du rorschach nous a permis d'observer que chez nos six sujets, le rapport à la réalité est globalement préservé. Cependant, il est important de souligner le caractère très superficiel et en surface de cette adaptation, puisque de façon plus précise, nous pouvons constater qu'au-delà de leur aspect normalisé - plutôt que normal - ces protocoles laissent transparaître la présence d'une difficulté dans la relation entre monde interne et monde externe. Enfin, il faut noter la tendance à la désertion psychique présente dans les protocoles de XYZ, dont les protocoles sont très pauvres et abrasés, qui pourtant n'atteignent pas non plus la perte totale de l'aptitude de l'épreuve de réalité ou la rupture complète des liens entre les réalités matérielle et fantasmatique. Même si dans ces deux protocoles, l'attaque de ses liens entre ces deux réalités, paraît particulièrement forte - notamment chez XYZ - la vie psychique reste de manière plus ou moins dissimulée en mouvement.

A propos du niveau d'intégration de l'identité, nous pouvons remarquer que les assises identitaires présentent toutes une fragilité importante pour ce qui des processus d'identifications sexuelles secondaires (allant même jusqu'à ébranler ou rendre instables les fondements identitaires stables, comme chez XYZ). Chez tous les sujets, nous constatons l'impossibilité de choisir une identification sexuée, que ce soit dans le registre masculin phallique, ou dans le creux féminin. Le registre phallique est dérangeant et ne peut être investi, alors que le féminin reste conflictuel et ne peut servir d'étayage à un processus identificatoire plus élaboré soulageant les assises identitaires.

A partir de ces résultats, les hypothèses de fonctionnements névrotique ou psychotique définis selon l'approche structurale, sont exclus bien que le fonctionnement limite ne soit pas non plus clairement établi.

## **Analyse des données**

Concernant l'hypothèse 1 se rapportant à la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amental, l'exclusion des éléments pouvant être rattachés à un fonctionnement névrotique et l'instabilité des assises identitaires particulièrement pour ce qui est des processus identificatoires, réfutent l'hypothèse que la problématique transsexuelle renverrait à l'Inconscient sexuel refoulé. De même, la désorganisation de la relation entre monde interne et monde externe empêchant un investissement de la réalité externe au-delà d'un niveau superficiel de surface témoigne de mouvements de la pulsion sexuelle de mort potentiellement désorganisant en provenance de l'Inconscient amental. ***L'hypothèse 1 sur la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amental est donc validée.***

A propos de l'hypothèse 2 concernant la clinique de l'extrême, la problématique transsexuelle se situant à la limite de l'aptitude à l'épreuve de réalité sans pour autant que celle-ci ne soit perdue, mais au contraire en tentant de maintenir un lien même superficiel à celle-ci malgré la faiblesse des assises identitaires, semble s'inscrire dans une réponse entre psychose et fonctionnement limite telle la définition de l'extrême. ***L'hypothèse 2 sur la problématique transsexuelle comme relevant de la clinique de l'extrême peut donc être retenue.***

Enfin, ***concernant l'hypothèse 3 portant sur la réalisation pulsionnelle par la perception, celle-ci ne peut être validée par les résultats obtenus au test du rorschach.*** En effet, que ce soit concernant le rapport à l'épreuve de réalité, concernant la fragilité des assises identitaires ou même concernant la manière dont est gérée l'excitation pulsionnelle, la comparaison des protocoles des quatre sujets en cours de THC avec ceux des deux sujets ayant terminé leur THC, ne révèle pas de différence. La seule différence notable et n'allant pas dans le sens de la validation de l'hypothèse de la THC comme potentielle réalisation pulsionnelle par la perception, est la distinction de XYZ du reste de l'échantillon. En effet, l'analyse du protocole de XYZ montre une répression massive de l'excitation pulsionnelle considérée comme menaçant les assises identitaires fragiles, ce qui s'oppose strictement à la réalisation pulsionnelle par la perception selon laquelle la pulsion sexuelle trouverait un moyen de satisfaction dans la réalité externe, tout en évitant le risque de désorganisation, ce qui permettrait d'alléger le clivage de l'Inconscient.

Cependant, concernant cette dernière hypothèse, nous pouvons nous demander si le test du rorschach a les capacités d'évaluer un tel processus, ou s'il est un test pertinent pour l'évaluation de ce processus. En effet, le test du rorschach de par sa structure et sa consigne

invite à la fois à prendre en considération le matériel abstrait et à s'en détacher par le recours à l'imaginaire. Il invite donc à prendre une distance mais aussi confronte, le sujet à un matériel dont la perception n'est pas claire mais au contraire abstraite. En tant que tel, il semble probable que cette abstraction mette à mal la réalisation pulsionnelle par la perception, ou que le manque de figuration empêche cette dernière.

## ***2. 3. Analyse des protocoles du Thematic Apperception Test, TAT***

### **2. 3. 1. Monsieur XYZ**

#### *2. 3. 1. 1. Analyse des procédés du discours*

#### *2. 3. 1. 2. Analyse des planches masculines et féminines*

##### **a. Planches réservées aux hommes**

##### **Planche 6 BM : relation mère/fils**

##### **Planche 7BM : relation père/fils**

##### **Planche 8BM : fantasme parricide**

##### **b. Planches réservées aux femmes**

##### **Planche 6GF : fantasme de séduction hystérique**

##### **Planche 7GF : relation mère/fille**

##### **Planche 9GF : rivalité féminine**

## **Analyse des données**

*2. 3. 1. 3. Résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel*

*2. 3. 1. 4. Hypothèse concernant le fonctionnement psychique et conclusion*

### **2. 3. 2. Mademoiselle XYZ**

*2. 3. 2. 1. Analyse des procédés du discours*

*2. 3. 2. 2. Analyse des planches masculines et féminines*

#### **a. Planches réservées aux hommes**

**Planche 6 BM : relation mère/fils**

**Planche 7BM : relation père/fils**

**Planche 8BM : fantasme parricide**

#### **b. Planches réservées aux femmes**

**Planche 6GF : fantasme de séduction hystérique**

**Planche 7GF : relation mère/fille**

**Planche 9GF : rivalité féminine**

2. 3. 2. 3. *Résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel*

2. 3. 2. 4. *Hypothèse concernant le fonctionnement psychique et conclusion*

**2. 3. 3. Mademoiselle XYZ**

2. 3. 3. 1. *Analyse des procédés du discours*

2. 3. 3. 2. *Analyse des planches masculines et féminines*

**a. Planches réservées aux hommes**

**Planche 6 BM : relation mère/fils**

**Planche 7BM : relation père/fils**

**Planche 8BM : fantasme parricide**

**b. Planches réservées aux femmes**

**Planche 6GF : fantasme de séduction hystérique**

**Planche 7GF : relation mère/fille**

**Planche 9GF : rivalité féminine**

## **Analyse des données**

2. 3. 3. 3. *Hypothèse concernant le fonctionnement psychique et conclusion*

### **2. 3. 4. Mademoiselle XYZ**

2. 3. 4. 1. *Analyse des procédés du discours*

2. 3. 4. 2. *Analyse des planches masculines et féminines*

#### **a. Planches réservées aux hommes**

**Planche 6 BM, relation mère/fils**

**Planche 7BM : relation père/fils**

**Planche 8BM : fantasme parricide**

#### **b. Planches réservées aux femmes**

**Planche 6GF : fantasme de séduction hystérique**

**Planche 7GF : relation mère/fille**

**Planche 9GF : rivalité féminine**

*2. 3. 4. 3. Résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel*

*2. 3. 4. 4. Hypothèse concernant le fonctionnement psychique et conclusion*

**2. 3. 5. Madame XYZ**

*2. 3. 5. 1. Analyse des procédés du discours*

*2. 3. 5. 2. Analyse des planches masculines et féminines*

**a. Planches réservées aux hommes**

**Planche 6 BM, relation mère/fils**

**Planche 7BM : relation père/fils**

**Planche 8BM : fantasme parricide**

**b. Planches réservées aux femmes**

**Planche 6GF : fantasme de séduction hystérique**



## **Analyse des données**

### **Planche 7GF : relation mère/fille**

### **Planche 9GF : rivalité féminine**

*2. 3. 5. 3. Résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel*

*2. 3. 5. 4. Hypothèse concernant le fonctionnement psychique et conclusion*

### **2. 3. 6. Madame XYZ**

*2. 3. 6. 1. Analyse des procédés du discours*

*2. 3. 6. 2. Analyse des planches masculines et féminines*

### **a. Planches réservées aux hommes**

#### **Planche 6 BM, relation mère/fils**

#### **Planche 7BM : relation père/fils**

#### **Planche 8BM : fantasme parricide**

### **b. Planches réservées aux femmes**

#### **Planche 6GF : fantasme de séduction hystérique**

**Planche 7GF : relation mère/fille**

**Planche 9GF : rivalité féminine**

*2. 3. 6. 3. Résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel*

*2. 3. 6. 4. Hypothèse concernant le fonctionnement psychique et conclusion*

**2. 3. 7. Synthèse des résultats au Thematic Apperception Test**

*2. 3. 7. 1. Analyse des procédés du discours*

Au niveau des procédés du discours, nous pouvons tout d'abord constater que tous les protocoles présentent une majorité de procédés d'évitement du conflit accompagnée d'un nombre plus ou moins important de procédés d'émergence en processus primaires.

Pour leur part, les procédés rigides et labiles ne peuvent ni d'un point de vue quantitatif, ni d'un point de vue qualitatif, laisser penser à un fonctionnement névrotique. Leur effacement en comparaison à ceux d'évitement du conflit indique une défaillance du Préconscient et de la fantasmatisation, que les sujets tentent de pallier par l'évitement, tout en cherchant à ne pas être débordé par l'excitation pulsionnelle interne et les stimulations externes.

Cependant, au-delà de ce premier niveau d'analyse, au niveau des séries de la grille d'analyse des procédés du discours, nous pouvons constater des différences au niveau interne de la série C : évitement du conflit. En effet, de ce point de vue, nous observons la distinction de deux profils au sein de notre échantillon, avec un premier profil d'évitement par l'inhibition (CI) chez XYZ, et un second profil d'évitement par l'investissement narcissique chez XYZ.

## Analyse des données

Pour être plus précis, au sein du profil d'évitement par inhibition, cette dernière est au premier plan et joue un rôle important puisqu'elle gêne la lisibilité des récits. Cette inhibition au premier plan est accompagnée de procédés d'investissement narcissique et de renforcement des limites qui demeurent toutefois insuffisants à engager un mouvement progrédient dans la production de récits. De même, nous pouvons remarquer que - même si cela reste rare - lorsque l'inhibition et ces procédés secondaires cèdent, ils laissent place à une désorganisation des repères identitaires et objectaux (plus rare dans les autres protocoles « narcissiques », et surtout plus prépondérante dans les émergences en processus primaires de XYZ).

Pour leur part, dans les profils d'évitement par l'investissement narcissique, ce dernier évitement est lui aussi accompagné de procédés d'évitement secondaires avec notamment de l'inhibition (au second plan, cette fois-ci) mais aussi des renforcements des limites pour XYZ (hormis XYZ), ainsi que des accents portés sur la fonction d'étayage pour XYZ. Par ailleurs - hormis chez XYZ où l'inhibition reste assez oppressante, et où les émergences en processus primaires sont plus nombreuses - du point de vue de la lisibilité, même si cette dernière reste de qualité moyenne voire perturbée, elle n'est pas fondamentalement altérée. L'évitement « narcissique » n'entrave pas la production des récits au point de leur lisibilité rendre difficile. Enfin, du point de vue des émergences en processus primaires, nous pouvons noter que celles-ci sont plutôt de types projections massives et altérations de la perception (surtout chez XYZ pour ces altérations), mais moins de désorganisations de repères.

Ainsi, du point de vue des émergences en processus primaires, nous pouvons conclure que la restriction pourtant drastique des profils inhibés - lorsqu'elle cède, même si cela reste rare - laisse place à une désorganisation plus franche, alors que pour les profils « narcissiques », lorsque ces défenses sont débordées, leur relâchement donne lieu à des projections massives et à des altérations de la perception, mais rarement à une perte des repères identitaires et objectaux.

Pour conclure, que le profil soit de type inhibé ou de type narcissique, l'évitement du conflit témoigne de la faiblesse du Moi. Pour le premier type, il s'agit de préserver ce Moi de toutes excitations ou stimulations, le risque étant par contre extrême puisque le débordement de cette inhibition se traduit par une perte des repères. Enfin, il faut souligner que cette inhibition est très intense et gêne le rapport à la réalité, même si cette dernière n'est pas perdue.

Pour le second type, le Moi peut sembler moins fragile. Or, il ne faut pas omettre qu'il s'agit de l'objectif de l'investissement narcissique et du renforcement des limites. Ainsi, le Moi fragile - bien qu'il soit renforcé - présente une aptitude à l'épreuve de réalité superficielle, ne pouvant tout même pas conjuguer harmonieusement les mondes internes et externes, car devant éviter le trop plein d'excitation synonyme de débordements en processus primaires.

Sans trop anticiper sur la conclusion, concernant l'hypothèse 3 de la THC comme possible réalisation pulsionnelle par la perception, cette distinction entre type narcissique et type inhibé peut être intéressante, notamment compte tenu de la différence entre les profils de XYZ.

### *2. 3. 7. 2. Analyse des planches masculines et féminines*

Concernant l'analyse et la comparaison des planches masculines et féminines, nous constatons avant tout une différence entre les sujets engagés dans une THC et XYZ qui ont terminé ce parcours, puis entre XYZ et XYZ elles-mêmes.

En effet, pour commencer, aux planches masculines, XYZ ne parviennent pas à élaborer un récit dans un registre œdipien. Les personnages des planches ne peuvent que difficilement être situés et assumés dans un contexte œdipien prenant en charge les différences des sexes et des générations avec un conflit entre désir et interdit sous l'influence de la menace de castration. Les conflits en lien avec les sollicitations latentes des planches (relations mère-fils et père-fils, ainsi que le fantasme de parricide) ne peuvent être abordés et sont évités. Cependant, de manière plus inattendue si l'on se réfère aux échelles du sexué du MMPI-2, et par contre assez concordante avec l'analyse des identifications sexuées au rorschach, les planches féminines souffrent des mêmes difficultés que celles masculines. En effet, les conflits en lien avec les sollicitations latentes des planches (fantasme de séduction hystérique, relation mère fille et rivalité féminine) ne sont pas abordables selon un registre œdipien. Ainsi, là où le rorschach montrait une impossibilité de choisir entre les positions sexuées, le TAT indique l'incapacité à aborder et à assumer les conflits liés à ces positions dans un registre œdipien.

Pour sa part, XYZ se différencie de ces premiers sujets en cours de THC, du fait qu'elle semble réussir à élaborer des récits prenant en charge les sollicitations latentes des planches 6BM (relation mère-fils), 6GF (fantasme de séduction hystérique), 7BM (relation

## Analyse des données

père-fils) et 7GF (relation mère-fille), dans un registre œdipien, abordant ainsi le conflit et réussissant à s'en dégager. Par contre, nous pouvons remarquer que ce recours possible semble comme voler en éclats lorsqu'il est mêlé à une représentation agressive. En effet, XYZ ne paraît pas capable de tenir cette référence au registre œdipien, aux planches 8BM (fantasme parricide) et 9GF (rivalité féminine). Concernant la mise en parallèle de ces remarques avec les résultats du rorschach, nous pouvons ici pointer que la référence aux identifications sexuelles secondaires est possible dans les cas où la représentation n'est pas agressive et dans le cas où le matériel propose des éléments figuratifs clairement établis (à l'opposé du caractère abstrait des taches du rorschach).

Enfin, pour sa part, XYZ présente des résultats similaires aux sujets en cours de THC mais comme plus accentué. En effet, au-delà de la difficulté ou d'une incapacité, il y a ici une inadéquation qui attaque les relations entre les personnages, et ce qu'il s'agisse des planches masculines ou féminines. Les relations ne sont au minimum pas investies, délaissées, mais elles sont aussi parfois refusées. L'inscription dans un registre œdipien n'est pas possible et peut aller jusqu'à susciter une désorganisation lorsque l'évitement échoue.

### *2. 3. 7. 3. Résonance fantasmatique aux sollicitations latentes du matériel*

Du point de vue des problématiques, nous retrouvons en quelque sorte les éléments soulignés dans les conclusions ci-dessus portant sur les procédés du discours et sur les planches masculines et féminines. En effet, nous retrouvons les soucis soulignés concernant le registre œdipien et sa problématique, ainsi que les profils inhibés et narcissiques.

Ainsi, concernant la problématique œdipienne, chez XYZ, nous retrouvons les difficultés rencontrées aux planches masculines et féminines avec comme différence le recours à l'évitement par inhibition ou par investissement narcissique pour réduire et contenir la poussée de la pulsion, ainsi que pour amoindrir la stimulation externe.

Pour sa part, XYZ paraît avoir plus de facilités à aborder et élaborer le registre œdipien et sa référence aux différences des sexes et des générations, avec toutefois une limite à cette aptitude pour ce qui est des représentations agressives qui effractent les défenses et donnent lieu à des projections débordantes.

Les résultats de l'analyse de la problématique de perte montrent une plus grande diversité. Elle est généralement difficile à aborder avec des difficultés dans ce qui se rapporte à l'élaboration de la position dépressive et à l'introjection du bon objet permettant la capacité à être seul.

Compte tenu des difficultés rencontrées aux problématiques œdipienne et de perte, ainsi que de la primauté des procédés d'évitement, l'analyse de la problématique des limites apparaît centrale car pierre angulaire de l'organisation. En effet, la perméabilité des limites, des frontières et contours entre dedans/dehors est ici primordial pour rendre compte du degré de stabilité ou d'instabilité de l'organisation psychique. Or, dans les protocoles de TAT de nos sujets, les planches 11, 19 et 16 dont le contenu manifeste plus abstrait, laissent entrevoir des difficultés importantes au niveau des échanges entre les mondes interne et externe avec des difficultés à déterminer des limites, à manier des objets internes et de se laisser aller à la régression. Ainsi, à la planche chaotique 11, seule XYZ parvient à maîtriser l'angoisse qui accompagne la régression au prégénital maternel conçu comme dangereux. Chez XYZ, la régression est difficile voire impossible. De même, à la planche surréaliste 19, nous pouvons retenir la fragilité des objets internes et la nécessité d'étayer ceux-ci sur des objets externes et de renforcer les frontières dedans-dehors pour contenir la pulsion et éviter la désorganisation. Or, seule XYZ parvient ici à renforcer suffisamment les limites dedans-dehors pour ne pas être débordée, même s'il convient de souligner que XYZ à l'issue de plusieurs reprises du récit, finit par maîtriser l'angoisse liée au mauvais objet. Enfin, la planche blanche 16 qui permet d'apprécier les éventuelles défaillances du monde interne et la possibilité d'étayage sur la réalité externe pour pallier à cette carence, révèle que XYZ ne peuvent se défaire du vide fantasmatisé induit par le blanc et dépasser ce dernier, alors que chez XYZ, l'angoisse dépressive peut être liée, par un clivage et un mouvement transférentiel pour XYZ, et par une mise en relation entre les objets internes et internes chez XYZ.

### *2. 3. 7. 4. Hypothèse concernant le fonctionnement psychique et conclusion*

Concernant les hypothèses de fonctionnement psychique, en référence à l'approche structurale de Kernberg :

L'hypothèse d'un fonctionnement névrotique est exclue compte tenu de la majorité de procédés d'évitement du conflit qui témoigne du manque de secondarisation par le Préconscient, ainsi que de défenses névrotiques. De même, l'hypothèse d'un fonctionnement psychotique avéré est exclue du fait que l'analyse de la lisibilité des récits montre qu'un

## Analyse des données

niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité est préservé malgré l'évitement et les désorganisations ponctuelles.

Enfin, cette majorité de procédés d'évitement ponctuée d'émergence en processus primaires avec des difficultés concernant les problématiques de perte et œdipienne, sans possibilité de secondarisation, nous orientent vers l'hypothèse d'un fonctionnement limite, ce qui confirme les résultats obtenus aux tests du rorschach et aux MMPI-2, ainsi qu'à l'analyse des entretiens cliniques. Cependant, il est important de noter que l'analyse plus approfondie de ces protocoles de TAT met au jour des différences entre ces fonctionnements limites.

Concernant nos hypothèses opérationnelles :

*L'hypothèse 1 portant sur la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amential est validée.* En effet, l'analyse des procédés du discours a révélé que quel que soit le type d'évitement du conflit privilégié - inhibé ou narcissique - il s'agit de lutter d'enclaver l'excitation pulsionnelle interne d'émerger du fait du risque de désorganisation qu'elle peut potentiellement susciter (et ce, d'autant plus que le Préconscient ne peut effectuer de liaison et de secondarisation). L'excitation pulsionnelle s'accompagne donc d'un risque de déliaison telle la pulsion sexuelle de mort en provenance de l'Inconscient amential se situant à fleur du Conscient et de la réalité.

Pour sa part, l'hypothèse 2 d'une clinique de l'extrême et de l'ordinaire est délicate à valider, compte tenu du fait que nous sommes face à des fonctionnements limites qui hormis dans leurs grandes lignes, ont leurs nuances et différences. Du point de vue de l'analyse des procédés du discours, nous obtenons bien une majorité de procédés d'évitement ponctuée d'émergence en processus primaires, ayant pour objectif de se soustraire à l'excitation pulsionnelle interne et aux stimulations externes, et *l'hypothèse 2 est donc validée.* Cependant, selon les nuances parmi ces fonctionnements limites, nous pouvons souligner que la figure de l'extrême paraît plus brute, plus à chaud, dans les cas où l'évitement du conflit est dominé par l'inhibition et où le risque de pertes des repères identitaires et objectaux semblent plus importantes, telle la transpsychose où la « folie » psychotique est dépassée mais où l'excitation pulsionnelle renvoie à l'informe. De même, concernant l'évitement du conflit par investissement narcissique, le renforcement procuré au Moi fragile semble donner un caractère plus stable à la figure de l'extrême. Cette dernière paraît comme mise en sourdine, ne gênant pas fondamentalement l'aptitude à l'épreuve de réalité et le fonctionnement du sujet

au quotidien, alors que cette figure est pourtant bien présente dans la vie quotidienne de l'expérience vie réelle et la recherche du gel pulsionnel et de la fermeture aux stimulations externes pour éviter l'émergence de projection massive débordante, ou d'altérations de la perception trop intenses, telle une réponse entre fonctionnement psychotique et organisation limite.

Enfin, *concernant l'hypothèse 3 portant sur la THC comme possible réalisation pulsionnelle par la perception, celle-ci ne peut ici être validée.* En effet, comme nous avons pu le constater, il y a une différence entre les résultats des sujets en cours de THC et ceux de XYZ qui ont terminé leur THC depuis plus de deux ans, mais aussi entre XYZ et XYZ.

En comparaison aux sujets en cours de THC, XYZ paraît avoir plus de facilités quant aux sollicitations latentes œdipiennes de certaines planches (lorsqu'elles ne suscitent pas de représentations agressives). Ainsi, la THC semble avoir permis un apaisement de la problématique transsexuelle permettant une appréhension plus souple de la différence des sexes, telle une réalisation pulsionnelle par la perception assouplissant le clivage des sexes et admettant une part de bisexualité psychique.

Or, XYZ se distingue de XYZ, voire même des autres sujets pour leur part en cours de THC, du fait qu'au contraire, son fonctionnement semble encore plus strict et rigide concernant les sollicitations latentes œdipiennes n'autorisant aucune excitation ou stimulation, sans que la différence des sexes ne puisse être abordée de manière plus souple, en-dehors de cette inhibition rigide. Ainsi, l'hypothèse 3 est ici réfutée puisque comme le veut la réalisation pulsionnelle par la perception, la pulsion devrait pouvoir trouver satisfaction dans la perception allégeant donc l'appareil psychique de la tension de cette pulsion.



## Analyse des données



# CONCLUSION

« J'ai une impatience des limites,  
c'est-à-dire qu'à la fois je voudrais être tout,  
et être moi-même en même temps,  
ce qui est impossible, n'est-ce pas ? »<sup>556</sup>

## **1. Synthèse des résultats et vérification des hypothèses**

A partir de cette analyse des données, il convient maintenant de procéder à une synthèse et à un croisement des différents résultats obtenus à chaque outils pour ensuite pouvoir étudier la validité de nos hypothèses.

En premier lieu, selon l'approche structurale de Kernberg<sup>557</sup>, chez nos six sujets, nous avons pu exclure les hypothèses de fonctionnements névrotique et psychotique, et valider celle d'une *organisation limite*.

En effet, nous avons pu constater que chez tous nos sujets, bien que *l'aptitude à l'épreuve de réalité* soit perturbée, aucun ne montrait de signes de perte totale de cette aptitude. A l'entretien clinique, nous n'avons constaté aucune hallucination, idée bizarre ou délirante, et tous les sujets montraient un certain niveau de critique et de compréhension empathie du regard d'autrui concernant leur problématique transsexuelle. Au MMPI-2, cinq de nos six sujets obtiennent un score allant dans le sens de la psychose plutôt que la névrose à l'indice de Goldberg - la sixième, XYZ obtenant pour sa part un score « faussement » névrosé du fait de scores bas biaisant le recours au moyennage. Par ailleurs, le penchant psychotique est plus prononcé chez XYZ. Cependant, aucun sujet n'obtient une élévation moyenne dépassant le seuil de pathologie, ce qui témoigne d'un degré de normalité en comparaison à la population générale. De même, au rorschach, nous avons pu constater que l'adaptation à la réalité externe est plus normalisée que normale. En effet, cette adaptation garde un caractère très superficiel et en surface, ne permettant pas la mise en relation entre les

---

<sup>556</sup> Marchand J. J.

<sup>557</sup> Kernberg O. (1984), *op. cit.*

monde interne et monde externe. Il d'ailleurs ici souligner l'abrasion importante des protocoles de XYZ, proche de la désertion psychique sans pour autant atteindre le niveau de la perte ou de rupture avec l'épreuve de réalité car conservant tout de même des mouvements internes même si ceux-ci sont dissimulés. Enfin, au TAT, le recours aux procédés d'évitement du conflit permettent de conserver une lisibilité des récits de qualité moyenne, non perturbée par de trop importantes émergences en processus primaire ou à une désertion psychique totale.

D'autre part, à propos du *degré d'intégration de l'identité*, nous avons pu remarquer lors des entretiens cliniques, que les images de soi et d'autrui sont toujours distordues - même si cette distorsion est plus ou moins importante selon les sujets - et que les relations à autrui sont elles aussi perturbées. De même, au rorschach, nous avons pu constater une fragilité importante des assises identitaires découlant de leur mise en relation avec des processus d'identifications sexuées aux fondements instables. Chez tous les sujets, nous avons pu observer que le choix d'une identification sexuée selon les registres masculin-phallique et féminin-creusé, est impossible, le premier étant dérangeant et ne pouvant être investi, alors que le second reste conflictuel et non clairement distinct du premier, ne pouvant donc servir de point d'appui pour se dégager, s'identifier, et soulager les assises identitaires. Cependant, il est ici important de souligner que les récits de XYZ face aux planches du TAT sollicitant des problématiques œdipiennes, semblent prendre en charge les identifications sexuées si ces dernières ne sont pas mises en lien avec des représentations agressives. Il se pose donc chez XYZ, la question d'un besoin de s'appuyer sur un matériel figuratif pour pouvoir élaborer ces identifications secondaires, et de l'incapacité de procéder à cette élaboration dans le cas d'un matériel plus abstrait comme les planches du rorschach. Enfin, concernant plus spécifiquement la problématique identitaire transsexuelle, par l'analyse des échelles de rôles sexués du MMPI-2, nous avons pu constater le souci de définition de l'identité sexuée des sujets de notre échantillon en comparaison aux populations générales « Homme » d'une part, et « Femme » d'autre part, constatant que cette définition est en décalage avec la population générale, chez tous nos sujets, (même si à l'intérieur même de notre échantillon, nous avons pu observer des positions et scores divers quant à ses rôles, entre des scores de masculinité étonnement élevés, et à l'inverse un rejet extrême des rôles masculins couplé à une hyperféminité).

## Conclusion

Enfin, du point de vue du *niveau des opérations défensives*, l'analyse des entretiens cliniques nous a montré que le clivage présent dans tous les entretiens, tenait une place centrale dans l'organisation défensive de nos sujets, en particulier avec un clivage des sexes qui selon les sujets pouvait sembler plutôt horizontal manichéen (chez XYZ), et évoluant vers le vertical (chez XYZ) et devenant plus ou moins souple. Autour de ce mécanisme de défense, il se greffe d'autres mécanismes de type narcissique primitif - tels le déni, l'idéalisation primitive, l'identification projective et la projection primitive, ainsi que la toute-puissance et la dévalorisation - chacun d'eux visant à consolider ce clivage et à préserver le Moi fragile d'un ébranlement de ces limites poreuses par l'épreuve de réalité. De même, l'analyse des procédés du discours au TAT nous confirme ces résultats du fait du manque de secondarisation par le Préconscient ainsi que de défenses de haut niveau (procédés rigides et labiles peu présents et peu organisés), mais aussi de la prépondérance de mécanismes de défenses de type narcissique en lien avec une faiblesse non spécifique du Moi, dans la majorité de procédés d'évitement du conflit ponctuée d'émergences en processus primaire (là où une faiblesse spécifique du Moi aurait laissé libre cours à ces dernières émergences).

Concernant maintenant la validité de nos hypothèses quant à une approche transversale du transsexualisme et de sa problématique identitaire sexuée :

### **Hypothèse 1 : hypothèse portant sur la pulsion sexuelle de mort et l'Inconscient amential**

**« La problématique transsexuelle relèverait de la pulsion sexuelle de mort et de l'Inconscient amential. »**

### **Cette hypothèse 1 est ici validée par les résultats obtenus.**

En effet, pour commencer, nous pouvons observer qu'au MMPI-2, pour cinq de nos six sujets, l'indice de Névrose/Psychose de Goldberg suggère une prépondérance des échelles cliniques psychotiques sur celles névrotique. De même, pour XYZ, cet indice indiquant une névrose, n'est pas fiable car induit par des scores bas aux échelles de névroses qui diminuent cette moyenne, et dissimule en quelque sorte les scores aux échelles de psychose. Or, chez tous les sujets de notre échantillon, ce penchant pour la psychose par rapport à la névrose (« dissimulé » ou non) valide l'hypothèse 1 pour ce qui est de l'engagement de l'Inconscient amential et de la pulsion sexuelle de mort qui l'habite, plutôt que de l'Inconscient sexuel refoulé (qui pour sa part est névrotique et est habité par la pulsion sexuelle de vie et les processus secondaires).

De même, d'un point de vue psychodynamique, nous retrouvons ce défaut de secondarisation et de liaison, ainsi que ce risque de déliaison dans une organisation non-névrotique, se retrouvent dans les analyses de l'aptitude à l'épreuve de réalité aux entretiens cliniques, dans celle des processus de pensée au rorschach, et enfin dans celle des procédés du discours au TAT. En effet, lors des entretiens cliniques, nous avons pu constater que l'aptitude à l'épreuve de réalité était maintenue, bien qu'elle se voit limitée voire restreinte, du fait des opérations défensives de type narcissique primitif qui vise à protéger le Moi fragile d'une dégradation de l'intégration de l'identité pour sa part diffuse. De même, au rorschach, les processus de pensée sont comme limités par un niveau d'aptitude à l'épreuve de réalité plus normalisé que normal, ne permettant pas la mise en relation des mondes interne et externe et ne pouvant donc outrepasser une adaptation en surface. Enfin, au TAT, le manque de recours aux procédés labiles et rigides laissent apparaître le manque de recours à la secondarisation, alors que la majorité d'évitement du conflit avec quelques percées en processus primaires témoignent de la lutte contre la poussée de la pulsion de mort et de son risque de déliaison en provenance de l'Inconscient amential, non refoulé et non névrotique.

### **Hypothèse 2 : hypothèse concernant la clinique de l'extrême et l'ordinaire**

**« Le phénomène transsexuel relèverait de la clinique de l'extrême. »**

#### **Cette hypothèse 2 est validée.**

En effet, en premier lieu, au MMPI-2, nous pouvons remarquer que parallèlement à l'orientation plus psychotique que névrotique des profils, les élévations moyennes de tous nos sujets restent en-dessous du seuil de déviance pathologique. En cela, nous retrouvons ici en quelque sorte, la définition de l'extrême comme « psychopathologie de la vie quotidienne » comme n'étant pas fondamentalement spectaculaire, ni clairement structurée dans le dualisme entre fonctionnements névrotique et psychotique, telle une névrose et une psychose impossible serait-on tentés d'ajouter.

De même, d'un point de vue psychodynamique, l'analyse de la problématique transsexuelle selon l'approche structurale, nous laisse entrevoir que de manière plus ou moins nuancée pour ce qui est de la primauté de l'un sur l'autre, la quête identitaire de nos sujets transsexuels MTF se situe dans des mouvements de déconstruction du masculin rejeté et de (re)construction du féminin revendiqué et idéalisé. De plus, bien qu'il soit impossible pour nos sujets de se soustraire à cette problématique identitaire qui plus est intense, il est

## **Conclusion**

intéressant de souligner ici que le rapport à la réalité tient et est même parfois surinvesti, bien qu'il soit aussi perturbé et conflictuel du fait de cette problématique.

Nous pouvons par le recours à l'analyse des processus de pensée au rorschach confirmer ce rapport compliqué entre dépendance et intrusion de la réalité externe, qui reste adapté malgré le fait que cette adaptation à la réalité reste superficielle et ne puisse être plus profonde.

Enfin, au TAT, bien que de qualité moyenne, la lisibilité des récit reste conservée malgré la prédominance de l'évitement du conflit ponctuée d'émergences en processus primaires. Cependant, le dégagement de deux profils - l'un inhibé et l'autre narcissique - nous permet d'observer ce qui semble pouvoir être rapporté à deux réactions différentes face à l'extrême, avec la première plus brute qui par l'inhibition générale tente de se soustraire à l'excitation pulsionnelle interne et aux stimulations externes, alors que la seconde, certainement toute aussi intense mais comme mise en sourdine par l'investissement narcissique, renforce suffisamment le Moi fragile pour lui donner un aspect plus stable, semblant amoindrir la perturbation de l'aptitude à l'épreuve de réalité et améliorer le fonctionnement du sujet dans sa vie quotidienne, comme s'il s'agissait pour l'évitement par inhibition d'une dépassement « transpsychotique » de la psychose, et d'une réponse entre fonctionnements limite et psychotique pour l'évitement narcissique.

### **Hypothèse 3 : hypothèse concernant la réalisation pulsionnelle par la perception**

**« La THC pourrait potentiellement agir telle une réalisation pulsionnelle par la perception et améliorer le fonctionnement psychique du sujet. »**

### **L'hypothèse 3 est réfutée.**

De la comparaison des résultats obtenus par les différents outils, pour d'un côté XYZ qui sont en cours de THC, et de l'autre de XYZ qui ont terminé leur THC depuis plus de deux ans, il ressort que cette hypothèse ne peut être concernée comme validée. En effet, les résultats de nos sujets en cours de THC diffèrent de ceux de XYZ, voire même de XYZ. Cependant, les résultats de XYZ ne vont pas du tout dans le sens d'une réalisation pulsionnelle par la perception. Au contraire, la pulsion sexuelle de mort semble encore plus fortement réprimée.

Plus précisément, au MMPI-2, nous avons pu remarquer que XYZ montraient plus de capacité d'intériorisation de l'angoisse que XYZ qui pour leur part sont plus dans le passage à l'acte. Cet élément reste relatif compte tenu que XYZ présente la même capacité d'intériorisation, ce qui nous amène à nous poser la question d'une relation entre cet indice et l'étape de la THC qu'est l'expérience en vie réelle, que XYZ n'a pas encore réalisée et que XYZ ont « dépassée », alors qu'XYZ ont passé ce cap, tout en étant encore dans la THC (sans omettre que cette étape expérience en vie réelle demande d'agir). De même, nous constatons une différence pour ce qui est de l'Indice d'Anxiété (aux échelles de traits et symptômes névrotiques). Chez XYZ, cet AI est faible (<50), comme si l'anxiété était réprimée, alors que chez XYZ, cet indice est assez élevé, même s'il n'atteint pas le seuil significatif de 70, ce qui pose la question d'un retour de l'anxiété une fois la THC terminée.

Cependant, la question qui reste ici posée concernant la validation de l'hypothèse 3 est de savoir si cet indice du MMPI-2 qui est fondée sur des scores aux échelles de symptômes et de traits névrotiques, se rapporte bien à un fonctionnement psychique névrotique. Si c'est le cas alors il pourrait être un indice d'(ré)engagement de l'Inconscient sexuel refoulé une fois la THC terminée. Or, l'approche dynamique, nous permet d'éviter un tel fourvoiement dans la névrose.

En effet, à partir de l'approche psychodynamique, nous pouvons nous rendre compte que l'hypothèse 3 sur la réalisation pulsionnelle par la perception ne peut être validée et que même si des symptômes ou traits névrotiques peuvent (ré)apparaître après la THC, ceux-ci ne doivent en aucun cas être confondus avec un (ré)aménagement dans un fonctionnement névrotique.

Ainsi, aux entretiens cliniques, nous constatons une différence entre les sujets en cours de THC et XYZ qui ont terminé leur THC. Cependant, si pour XYZ, il semble que la THC ait eu l'effet d'une réalisation pulsionnelle par la perception permettant la satisfaction de la pulsion sexuelle de mort dans la vie quotidienne tout en la préservant de la déliaison - s'accompagnant par là même occasion d'un assouplissement du registre défensif, notamment du clivage des sexes, et d'une acceptation plus souple d'une bisexualité psychique - cela n'est pas le cas pour XYZ qui continue d'avoir recours à un registre défensif stricte et rigide pour éviter toute excitation pulsionnelle du fait de son risque potentiellement désorganisant.



## Conclusion

Par ailleurs, le rorschach permet même de nuancer cette remarque issue des entretiens cliniques, et d'encore relativiser/préciser l'hypothèse 3 sur la réalisation pulsionnelle par la perception. En effet, que ce soit concernant le rapport à l'épreuve de réalité, concernant la fragilité des assises identitaires ou même concernant la manière dont est gérée l'excitation pulsionnelle, la comparaison des protocoles des quatre sujets en cours de THC avec ceux des deux sujets ayant terminé leur THC, ne révèlent au premier abord aucune différence. La seule différence notable qui au contraire réfute cette hypothèse, est la distinction de XYZ du reste de l'échantillon. En effet, encore une fois, l'analyse du protocole de rorschach de XYZ montre une répression massive de l'excitation pulsionnelle considérée comme menaçant les assises identitaires fragiles, ce qui s'oppose strictement à la réalisation pulsionnelle par la perception qui comme son nom l'indique correspond à un moyen de satisfaction de la pulsion situé dans la réalité externe permettant d'éviter le risque de désorganisation qui accompagne celle-ci, tout en permettant d'alléger le clivage de l'Inconscient. Cependant, comme nous l'avons déjà souligné ci-dessus, il est ici intéressant de se poser la question de la capacité du rorschach à évaluer la présence ou non ainsi que la qualité d'une réalisation pulsionnelle par la perception. En effet, le test du rorschach est par essence un test abstrait où le sujet est invité à la fois à prendre en considération la réalité du matériel et à s'en détacher par le recours à l'imaginaire. Il est donc à la fois une invitation et une confrontation à la construction à partir d'un percept au premier abord flou. Un tel cheminement procède à l'inverse de la réalisation pulsionnelle par la perception où le percept doit au contraire être clairement défini. Il semble donc probable que ce caractère abstrait mette à mal la réalisation pulsionnelle par la perception, ou que le manque de figuration entrave cette dernière. En cela, le recours au matériel plus figuratif du TAT est ici particulièrement pertinent.

En effet, par le TAT, nous pouvons remarquer que par rapport aux autres sujets, XYZ paraît avoir plus de facilités quant aux sollicitations latentes œdipiennes de certaines planches (lorsqu'elles ne suscitent pas de représentations agressives). Ainsi, pour XYZ, quand le matériel de type figuratif, la THC semble avoir permis un apaisement de la problématique transsexuelle autorisant une appréhension plus souple de la différence des sexes, telle une réalisation pulsionnelle par la perception assouplissant le clivage des sexes et admettant une part de bisexualité psychique. Cependant, l'hypothèse 3 ne peut pas pour autant être validée puisque XYZ se distingue de XYZ, voire même des autres sujets pour leur part en cours de THC, du fait qu'au contraire, son fonctionnement semble encore plus stricte et rigide concernant les sollicitations latentes œdipiennes n'autorisant aucune excitation ou stimulation,

et n'admettant pas l'abond de la différence des sexes en-dehors de cette inhibition massive et rigide. Ainsi, l'hypothèse 3 est ici encore réfutée puisque comme le veut la réalisation pulsionnelle par la perception, la pulsion devrait pouvoir trouver satisfaction dans la perception allégeant donc l'appareil psychique de la tension de cette pulsion.

A l'issue de ces remarques qui invalident notre hypothèse au moins partiellement, il apparaît que pour poursuivre l'étude des effets de la THC au niveau psychique ainsi que des éléments pronostiques de traitement, il semblerait pertinent et intéressant de prendre en considération certains éléments observés chez XYZ pour les utiliser comme variables, tels le score élevé de masculinité aux échelles de rôles sexués du MMPI-2, le fantasme du genre neutre avec un rejet du masculin précédent et dominant une identité sexuée féminine revendiquée, ainsi que l'inhibition massive et rigide visant à neutraliser la différence des sexes et l'excitation pulsionnelle (particulièrement bien observée dans le profil d'évitement du conflit au TAT).

## 2. Discussion et remarques

Les résultats de cette recherche ont validé les hypothèses 1 et 2 postulant que la problématique identitaire transsexuelle relèverait de la pulsion sexuelle de mort telle que définie par Laplanche<sup>558</sup> et de l'Inconscient amential de C. Dejours<sup>559</sup>, ainsi que de la clinique de l'extrême telle que définie par F. Pommier<sup>560</sup>. Cependant, notre hypothèse 3 portant sur la THC comme possible réalisation n'a pu être validée et il en ressort la nécessité de poursuivre des investigations concernant les effets de ce traitement au niveau psychique.

D'un point de vue méthodologique, il pourra être intéressant pour poursuivre cette recherche, notamment pour continuer d'étudier les effets de la THC au niveau psychique puisque bien que notre dernière hypothèse n'ait pu être validée, il semble surtout important de continuer cette investigation pour en saisir les subtilités et obtenir plus de précisions. En effet, la comparaison des résultats des sujets en cours de THC ainsi que de XYZ laisse apparaître de nouveaux éléments pertinents à prendre en considération. Dans cette perspective, il sera intéressant d'avoir accès à un échantillon plus grand, de réfléchir à une approche longitudinale, d'y intégrer les patients transsexuels TFM mais aussi transgenres, et de prendre

---

<sup>558</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>559</sup> Dejours C. (2001a), *op. cit.*

<sup>560</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

## Conclusion

en considération l'étape de la THC dans laquelle se situe le patient mais aussi la place qu'occupe l'éventualité d'une opération chirurgicale de réassignation sexuelle chez les sujets participants. Enfin, il semble particulièrement pertinent d'avoir pu ici mais aussi de continuer à de réaliser des études sur le phénomène transsexuel en-dehors du milieu hospitalier. En effet, même si cela comporte des avantages pour ce qui est d'un suivi longitudinal et que cela facilite le recrutement, il semble avoir été profitable que cette recherche se soit située en marge de la THC des sujets, ces derniers pouvant dès lors se sentir plus libre et à l'aise quant à ce qu'il confiait en entretien et quant aux passations des différents tests.

Du point de vue des outils, bien que la dernière hypothèse n'ait pu être validée, cette investigation du fonctionnement psychique de chacun des sujets par le recours à plusieurs outils issus d'approches différentes, ont chacun apporté leurs éléments pertinents de réponse quant aux validations ou réfutations de toutes nos hypothèses, même si le MMPI-2 reste d'un intérêt plus restreint. En effet, le recours aux tests projectifs du rorschach et du TAT selon l'approche psychanalytique nous semble être un élément central permettant d'appréhender le transsexualisme en tant que phénomène défiant toutes les limites au sens large du terme (au-delà de l'organisation limite). Leur complémentarité prend ici tout son sens comme nous avons notamment pu le constater avec l'étude des résultats de XYZ. De même, il est ici important de souligner que les études portant sur le transsexualisme utilisant le TAT sont rares, rareté encore accentuée lorsqu'il s'agit de recourir à l'approche psychanalytique et qui devient quasi inexistante pour ce qui est de comparer les planches masculines BM aux planches féminines GF.

D'un point de vue théorique, cette recherche montre l'intérêt de ne pas délaisser l'approche psychanalytique du transsexualisme et de l'identité sexuée, bien que les débats se portent de plus en plus sur les aspects biologiques et socioculturels, par le cerveau sexué pour les premiers et les gender studies pour les seconds. En effet, par l'approche psychanalytique, nous pouvons constater la dimension conflictuelle du phénomène transsexuel qui nous amène à nous questionner sur la dimension conflictuelle de l'identité sexuée en général. Il d'ailleurs ici intéressant de noter que ces résultats vont totalement à l'encontre de l'a-conflictualité postulée par Stoller. De même,, le glissement du genre en tant que socioculturel ou sociopolitique, bien que très pertinent pour ce qui est de l'étude sociétale, ne doit pas faire oublier la base personnelle et subjective de l'identité sexuée et les conflits psychiques qui s'y rattachent. En cela, la théorie de la mélancolie de genre de J. Butler est très intéressante et originale mais nécessite une certaine précaution, le sociopolitique devant prendre garde à ne

pas évincer le personnel, subjectif et le psychique. D'ailleurs, il semblerait intéressant de poursuivre cette théorie à la lumière des concepts de bisexualité psychique, du fantasme du genre neutre avec le rejet du sexe de naissance au lieu de la perte du genre opposé, aussi des pulsions sexuelles de vie et de mort comme processus de liaison et de déliaison, ainsi que de l'agénésie pulsionnelle et de l'Inconscient amentale. D'autre part, il est ici important de souligner que nos résultats nuancent grandement voire invalident, les condamnations du transsexualisme et de la THC par les partisans du diagnostic de psychose du courant lacanien, hormis ceux de la psychose ordinaire, bien que le recours à la définition de la clinique de l'extrême nous semble plus pertinent. D'autre part et pour finir sur ces remarques théoriques, l'étude du transsexualisme selon la pulsion sexuelle de mort, nous a amené à nous questionner sur la place de cette dernière dans l'origine de l'identité sexuée. Il sera à l'avenir pertinent de poursuivre cette hypothèse que nous avons d'ailleurs par hasard retrouvé dans l'hommage à A. Green par G. Diatkine<sup>561</sup>, déjà cité ci-dessus, portant sur le lien entre l'identité de genre et la pulsion de mort, ce qui nous encourage donc dans cette exploration de l'identité sexuée en lien avec la pulsion de mort au-delà du transsexualisme.

Enfin, il est important de souligner que de cette étude, il ressort l'intérêt de recourir à une approche transversale pour étudier le phénomène limite qu'est le transsexualisme. En effet, autant du point de vue méthodologique avec les approches psychométriques et psychodynamique, que d'un point de vue épistémologique en dépassant les courants de pensée que sont le structuralisme et le déconstructivisme, cette recherche a tenté d'appréhender le phénomène transsexuel au-delà des carcans de la psychopathologie structurale « classique », rendant ainsi son intérêt et sa pertinence à l'approche psychologique mais aussi psychique du phénomène transsexuel et de l'étude du sexué, position mise à mal dans les controverses actuelles qui opposent la biologisation du sexué (ou genre) à sa socialisation, et où la psychologie et peut-être encore plus la psychanalyse sont reléguées au second plan voire quand elles ne sont pas directement remises en question.

Or, concernant ce point, cette recherche montre l'intérêt de ne pas reléguer au second plan cette dimension qui au contraire a sa place et s'avère peut-être la plus pertinente pour l'étude de phénomènes comme le transsexualisme mais aussi l'identité sexuée et la sexualité en générale, phénomènes au carrefour de toutes les limites à partir desquelles se constitue

---

<sup>561</sup> Diatkine G. (2008), *op. cit.*

## Conclusion

l'être humain et qui le situe entre nature et culture de par la causalité psychique à laquelle il ne peut échapper, en référence aux travaux d'A. Green<sup>562</sup> sur celle-ci. En effet, plus que l'identité sexuée et le transsexualisme, et au-delà de la psychanalyse, c'est la condition humaine qui est transversale, et dans cette perspective la pulsion « essentiellement » sexuelle de mort décrite par Laplanche<sup>563</sup>, la troisième topique de l'Inconscient clivé ainsi que la réalisation pulsionnelle par la perception de C. Dejours<sup>564</sup>, et enfin la définition de la clinique de l'extrême par F. Pommier<sup>565</sup> ont été des éléments très pertinents permettant de prendre de la distance et de poursuivre la réflexion quant aux travaux antérieurs sur le transsexualisme et leurs limites. En effet, le sujet humain est au carrefour des limites et depuis celui-ci le rôle du processus de liaison est central. En cela, l'idée d'une approche transversale ne se limite pas à l'identité sexuée et au phénomène transsexuel, mais peut être envisagée pour d'autres phénomènes limites, et pour poursuivre dans le développement d'une telle approche transversale, il semblera intéressant de se pencher à l'avenir sur les travaux de R. Roussillon<sup>566</sup> sur la métapsychologie des processus, et de B. Brusset<sup>567</sup> sur la métapsychologie des liens en tant qu'ouverture vers une troisième topique, travaux dont nous avons pris connaissance à la fin de ce travail. Enfin, dans l'optique, d'investiguer le rapport de ce sujet à ces limites d'un point de vue subjectif - ce qui est le cas pour l'identité sexuée et le transsexualisme - la psychanalyse, loin de l'enfermer dans une approche, un savoir ou une idéologie, est la discipline rendant toute son importance à la subjectivité et au sentiment personnel.

Par ailleurs, d'un point de vue plus pragmatique, cette recherche nous montre l'intérêt qu'il y a à ne pas délaissier la dimension psychique des patients transsexuels qui ont recours à la THC. Le recours aux tests projectifs pour investiguer les identifications sexuées semblent tout aussi pertinentes si ce n'est plus que l'analyse des échelles de sexualité Mf, Gm et Gf du MMPI-2. En effet, que cela soit au moment de l'étape diagnostique et du bilan psychologique, ou dans l'optique de la mise en place d'un accompagnement psychothérapeutique en parallèle à la THC, l'analyse du fonctionnement psychique et le travail sur la dimension conflictuelle

---

<sup>562</sup> Green A. (1995), *op. cit.*

<sup>563</sup> Laplanche J. (1997), *op. cit.*

<sup>564</sup> Dejours C. (2001a), *op. cit.*

<sup>565</sup> Pommier F. (2010), *op. cit.*

<sup>566</sup> Roussillon R. (1995), La métapsychologie des processus et transitionnalité, *Revue française de psychanalyse*, 59, 1375-1519.

<sup>567</sup> Brusset B. (2006), *op. cit.*

et Brusset B. (2013), *Au-delà de la névrose - vers une troisième topique*, Paris, Dunod.

liée à cette problématique paraissent tout aussi pertinents pour le pronostic de la THC, que pour le patient lui-même.

**Conclusion**





# **BIBLIOGRAPHIE**

- Abraham F. (1931), *Perversions sexuelles*, François Aldor, Paris, 241-243.
- Aceituno R. (2004), Diálogo interdisciplinario y discurso psicoanalítico, *Castalia*, N°7.
- Aceituno R. (2005a), Trauma, memoria y transmisión. Notas sobre historia y psicoanálisis, *Revista de la Academia*, 10, 177-183.
- Aceituno R. (2005b), Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea, *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, Vol. XIV, , 111-122.
- Alby J.-M. (1956), *Contribution à l'étude du trans-sexualisme*, Thèse de médecine, Paris.
- American Psychiatric Association, APA (1980), *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 3<sup>e</sup> édition (DSM III)*, Paris, Masson.
- American Psychiatric Association, APA (1987), *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 3<sup>e</sup> édition révisée (DSM III-R)*, Paris, Masson.
- American Psychiatric Association, APA (1996), *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition (DSM IV)*, Paris, Masson.
- American Psychiatric Association, APA (2004), *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition-Texte Révisé (DSM IV-TR)*, Paris, Masson, 666-674.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.- DSM 5)*, Arlington, VA : American Psychiatric Publishing ; 2013. 451-459.
- Anzieu D. (1974), Moi-Peau, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9, 195-208.
- Arnold A. P., Gorski R. A. (1984), Gonadal steroid induction of structural sex differences in the central nervous system, *Annal review of neuroscience*, 7, 413-442.
- Azoulay C. & Emmanuelli M. (2012), *Nouveau manuel de cotation des formes au rorschach*, Paris, Dunod.
- Beizmann C. (1966), *Livret de cotation des formes dans le rorschach*, Paris, Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Benjamin H. (1953), Transvestism and transsexualism, *International Journal of Sexology*, 7, 12-14.
- Benjamin H. (1966), *The transsexual phenomenon*, New York, Julian Press.
- Bergeret J. et al. (1972), *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, Paris, Masson, 2001.
- Berthon C. (2006), Le transsexualisme, *Nervure journal de psychiatrie*, T. XIX, 9, P 1 et 3-5

- Bertrand M. (2004), *Trois défis pour la psychanalyse : clinique, théorie, psychothérapie*, Paris, Dunod.
- Blanchard R. (1989), The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria, *The journal of nervous and mental disease*, 177, 10, 616-623.
- Bonierbale M. (1998), Questions face au transsexualisme, *Synapse*, 142, 25-29.
- Bonierbale M. & Magaud-Vouland N. (2005), 128 cas de troubles de l'identité de genre : étude rétrospective, *Sexologies*, XIV, 53, 39-49.
- Bourseul V. (2013), Anatomie et destin du « genre » chez Freud et quelques contemporains, *Evolution psychiatrique*, Received 17 February 2013, Available online 14 October 2013.
- Braconnier A. (2005), Entretien avec Colette Chiland, *Carnet psy*, 97, 2, 35-41.
- Brelet-Foulard F. & Chabert C. (2003), *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*, Paris, Dunod.
- Breton J., Cordier B. (1996), Aspects psychiatriques du transsexualisme. Discussion, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 180, 1389-1394.
- Brusset B. (2006), Métapsychologie des liens et troisième topique, *Revue française de psychanalyse*, 5, 70, 1213-1282.
- Brusset B. (2013), *Au-delà de la névrose - vers une troisième topique*, Paris, Dunod.
- Butler J. (1990), *Gender trouble : feminism and subversion of identity*, New York & London, trad. franç., *Trouble dans le genre : féminisme et subversion de l'identité*, Paris, La Découverte, 2005.
- Butler J. (2004a), La fin de la différence sexuelle in *Undoing gender*, New York and London, Routledge, trad. franç., *Défaire le genre*, Paris, Editions Amsterdam, 2006, 201-231.
- Butler J. (2004b), Dédiagnostiquer le genre in *Undoing gender*, New York and London, Routledge, trad. franç., *Défaire le genre*, Paris, Editions Amsterdam, 2006, 95-122.
- Califia P. (1997), Retour de manivelle : la transphobie chez les féministes in *Sex Changes, The Politics of Transgenderism*, San Francisco, Cleis, trad. franc., *Le mouvement transgenre, changer de sexe*, 123-169, 2003.
- Castarède M.-F. (1983), L'entretien clinique à visée de recherche in Chiland et al., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 118-145, 2006.
- Castel P.-H. et coll. (2003), *La métamorphose impensable, essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Gallimard, Paris.
- Cauldwell D. O. (1949), *Psychopathia Transsexualis*, *Sexology*, 16, 274-280.
- Chabert C. (1983), *Le rorschach en clinique adulte*, Paris, Dunod, 1997.
- Chabert C. (1994), Les approches structurales in Widlöcher D. et coll., *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF, 105-157.

## Bibliographie

- Chabert C. (1997), Féminin mélancolique, *Adolescence*, 15, 2, 47-55.
- Chabert C. (1998a), *La psychopathologie à l'épreuve du rorschach*, Paris, Dunod.
- Chabert C. (1998b), *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, 2004.
- Charcot J.-M. et Magnan V. (1882), *Inversion du sens génital et sexuelle*, Paris, Frénésie, 1987.
- Chasseguet-Smirgel J. (1975), A propos du délire transsexuel du Président *Schreber*, *Revue française de psychanalyse*, 5-6, 1013-1025.
- Chiland C. (1988), De l'essence du masculin : réflexion à partir du transsexualisme, *Adolescence*, 6, 1, 75-87.
- Chiland C. (1989a), Homosexualité et transsexualisme, *Adolescence*, 7, 1, 133-146.
- Chiland C. (1989b), Transsexualisme et problématique narcissique à l'adolescence, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7, 184-190.
- Chiland C. (1990), Narcisse ou le meilleur des mondes in *Homo psychanalyticus*, Paris, PUF, 215-229.
- Chiland C. (1991), Castration et féminité in Chiland C. et coll., *Angoisse et complexe de castration*, Paris, PUF, 81-92.
- Chiland C. (1995) , De l'essence du féminin, *Psychologie clinique et projective*, 1, 2, Paris, Dunod.
- Chiland C. (1997), *Changer de sexe*, Paris, Odile Jacob, 2011.
- Chiland C. (2000), The psychoanalyst and the transsexual patient, *International journal of psychoanalysis*, 81, 21-35.
- Chiland C. (2003a), *Le transsexualisme*, Paris, PUF.
- Chiland C. (2003b), Nouveaux propos sur la construction de l'identité sexuée, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 33, 105-122.
- Chiland C. (2005), Problèmes posés aux psychanalystes par les transsexuels, *Revue française de psychanalyse*, 69, 1, 2, 563-577, P 573.
- Chiland C. (2008), Moi et l'autre de l'autre sexe, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 229-232.
- Chiland C. (2009), Some thoughts on transsexualism, transvestism, transgender and identification in *Transvestism, transsexualism in the psychoanalytic dimension*, London, Karnac books, International Psychoanalytical Association, 41-54
- Clervoy P., Vautier V. & Naudin J. (2009), Trouble de l'identité et de l'intégrité corporelle : interrogations pathogéniques et enjeux éthiques autour d'une pathologie émergente, *Annales médico-psychologiques*, 167, 4, 251-255.

- Cohen-Kettenis P. T. & Pfäfflin F. (2009), The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults , *Archives of sexual behavior*, published online 17 october 2009.
- Cole C. M. & al. (1997), Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses, *Archives of sexual behavior*, 26, 1, 13-26.
- Coussinoux S. & al. (2005), Tests de personnalité et identification sexuée chez des transsexuels masculins, *L'Encéphale*, 31, 1, 24-30.
- Cournut J. (1997), Critique et éloge de la bisexualité in Fine A., le Beuf D., le Guen et coll., *Bisexualité*, Paris, PUF, 31-47.
- Cupa D. (2011), Le sexuel post-moderne in *Le sexuel, ses différences et ses genres : enjeu du sexuel dans les cultures contemporaines*, Paris, EDK, 29-37.
- Czermak M. (1986), Précisions sur la clinique du transsexualisme in *Les Passions de l'objet*, Paris, Clims, 109-128.
- Czermak M., Frignet H. et al. (1996), *Sur l'identité sexuelle : à propos du transsexualisme*, Paris, Association freudienne internationale.
- Dejours C. (2001), *Le corps d'abord*, Paris, Payot.
- Dejours C. (2001a), La troisième topique in *Le corps d'abord*, Paris, Payot, 83-124.
- Dejours C. (2001b), La pulsion de mort in *Le corps d'abord*, Paris, Payot, 125-146.
- Dejours C. (2009a), L'extrême entre pulsion et compulsion in sous la dir. de Pommier F., *Figures ordinaires de l'extrême*, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 151-163.
- Dejours C. (2009b), Le corps comme « exigence de travail » pour la pensée in Chabert C. et coll., *Traité de psychopathologie de l'adulte : psychopathologie des limites*, Paris, Dunod, 53-88.
- Delay J., Deniker P., Lempérière T., Benoit J.-C. (1954), Histoire d'un travesti : l'éonisme, *L'Encéphale*, 43, 385-398.
- Dennis C. (2004), The most important sexual organ, *Nature*, 427, 390-392.
- Diamond M. & Sigmundson H. K. (1997), Sex reassignment at birth: A long term review and clinical implications, *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 151, 298-304.
- Diamond M. (2000), Sex and gender: same or different, *Feminism & psychology*, 10,1, 46-54.
- Diatkine G. (2008), Pulsion de mort et identité de genre in *Image du père dans la culture contemporaine : hommages à André Green*, Paris, PUF, 341-355.
- Dor J. (1986) , *Structure et perversions*, Paris, Denoël.
- Drescher J. (2010), Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual, *Archives of sexual behavior*, 39, 427-460.

## Bibliographie

- ECPA (1996), *Manuel du MMPI-2*, Paris, Les Editions du Centre de psychologie Appliquée.
- Emmanueli M. & Azoulay C. (2001), *Les épreuves projectives à l'adolescence : approche psychanalytique*, Paris, Dunod.
- Esquirol J. E. D. (1838), *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, édition J. B. Baillière.
- Estellon V. (2005), Sexualités précaires et précarité sexuelle, *Cliniques méditerranéennes*, 2, n° 72, p. 63-79.
- Estellon V. (2006), La trans-sexualité, aire transitionnelle du sexuel ? Paradigme de la trans-sexualité et névrose de contrainte, *Cliniques méditerranéennes*, 2, n°74, 103-123.
- Estellon V. (2010), *Les états limites*, Paris, PUF, p55-57.
- Ey H., Bernard P., Brisset C. (1960), Les perversions sexuelles in *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 382-390, 1989.
- Fautrat P. (2001), *De quoi souffrent les transsexuels ?*, Paris, éditions des archives contemporaines.
- Ferenczi S. (1911), L'homoérotisme : nosologie de l'homosexualité masculine in *Psychanalyse tome II*, Paris, PUF, 117-129, 1970.
- Fisk N. M. (1973), Gender Dysphoria Syndrome (the how, what and why of a disease) in Gandy P., Laub D., *Proceeding of the interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*, Stanford, Stanford University Press, 7-14.
- Fleming M. & al. (1981), A study of pre- and postsurgical transsexuals : MMPI characteristics, *Archives of sexual behavior*, 10, 2, 420-424.
- Fliess W. (1906), Le cours de la vie, *Nouvelle revue française de psychanalyse*, 7, 167-178, 1973.
- Foyentin I. (1989), Ah ! Je ris de me voir si belle en ce miroir !...A propos du transsexualisme, hypothèse de recherche, *Psychologie clinique*, 2, 119-138.
- Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- Freud S. (1911), Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia paranoides) in *Cinq psychanalyses*, Paris, P. U. F., 264-324, 1970.
- Freud S. (1912), Contributions à la psychologie de la vie amoureuse : II. - Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse in *La vie sexuelle*, Paris, P. U. F., 2002.
- Freud S. (1912-1913), *Totem et tabou*, Paris, Payot, 1994.
- Freud S. (1914), Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique in *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, 1998.
- Freud S. (1915), Les pulsions et leurs destins in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard.

- Freud S. (1920), Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
- Freud S. (1923), L'organisation génitale infantile in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
- Freud S. (1925), Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1985.
- Freud S. (1927), Le fétichisme, in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 133-138, 2002.
- Freud S. (1933), La féminité in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1983.
- Frignet H. (2000), *Le transsexualisme*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Gallarda T., Coussinoux S., Cordier B., Luton J.-P., Bourdel M.-C., Olié J.P. (2001), Intérêts des tests de personnalités dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent, Société médico-psychologique : séance du 22 janvier 2001, *Annales médico-psychologiques*, 159, 466-470.
- Gallarda T. et al. (2007), Les demandes de changement de sexe questionnements éthiques émergeant d'une pratique clinique in sous la direction de Bourguignon O., *Ethique et pratique psychologique*, Belgique Wavre, Mardaga, 175-187.
- Gómez-Gil E. & al. (2008), MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment : comparison of patients in prehormonal and presurgical phases, *Journal of personality assessment*, 90, 4, 368-374.
- Gorceix A. (1979), En deçà et au-delà de la psychose, *Actualités Psychiatriques*, 8, 24.
- Gorceix A. (1990), Trans-psychose in Haroche M.-P. (sous la direction), *L'âme et le corps, philosophie et psychiatrie*, Paris, Plon, 15-48.
- Gorin-Lazard A. et al. (2008), Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ?, *Sexologies*, 17, 225-237.
- Goy R. W., Berkovitch F. B., McBrair M. C. (1988), Behavioral masculinisation is independent of genital masculinisation in prenatally androgenised female rhesus macaques, *Hormones and behavior*, 22, 552-571.
- Greenberg R. P. & Laurence L. A. (1981), A comparison of the MMPI results for psychiatric patients and male applicant for transsexual surgery, *Journal of nervous and mental disease*, 169, 5, 320-323.
- Green A. & Donnet J. L. (1973), *L'enfant de ça, psychanalyse d'un entretien, la psychose blanche*, Paris, Minuit.
- Green A. (1973), Le genre neutre in Pontalis J. B. et coll. (1973), *Bisexualité et différences des sexes*, Paris, Gallimard, 389-408.
- Green A. (1975), La sexualisation et son économie, *Revue française de psychanalyse*, 39, 5-6, 905-918.

## Bibliographie

- Green A. (1976), Le concept de limite in *La folie privée*, Paris, Gallimard, 103-140, 2006.
- Green A. (1982), La double limite in *La folie privée*, Paris, Gallimard, 293-316, 2006.
- Green A. (1995), *La causalité psychique : entre nature et culture*, Paris, Odile Jacob.
- Green A. (1999), Genèse et situation des états limites in André J. et coll., *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse*, Paris, PUF, 23-68.
- Green A. (2009), Le tournant de l'an 2000, *Unité et diversité des pratiques psychanalytiques*, Paris, PUF, 229-247, p. 246.
- Hare L., Bernard P., Sánchez F. J., et al. (2009), Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biol Psychiatry*, 65, 93-96.
- Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, HBGDA (2001), *Standards of care for gender identity disorders, sixth version*, Minneapolis.
- Haute Autorité de Santé, HAS (2009), *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, version pour consultation publique-avril 2009.
- Herdt G. (1994), *Third sex, third gender*, New York, Zones books.
- Hines M., Allen L. S., Gorski R. A. (1992), Sex differences in subregions of medial nucleus of amygdala and the bed of stria terminalis of rat, *Brain research*, 579, 321-326.
- Hirschfeld M. (1899), *L'annuaire des différences intersexuelles*.
- Hirschfeld M. (1931), Die intersexuelle Konstitution, *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.
- Hubert H. (2007), *Transsexualisme : du syndrome au sinthome*, Paris, ANRT.
- Inspection Générale des Affaires Sociales, IGAS (2011), *Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme*, Rapport N°RM20112011-197P, disponible en ligne.
- Israël L. et Geissmann P. (1960), Le désir de changer chez les invertis psycho-sexuels, *Cahiers de psychiatrie*, 14, 104-114.
- Jacques J.-P. (2008), Le discours transsexuel sur le corps, *Cahiers de psychologie clinique*, 30, 1, 147-158.
- Jorgensen C. (1967), *Christine Jorgensen : A personal autobiography*, New York, Paul Eriksson.
- Kernberg O. (1975), *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1997.
- Kernberg O. (1984), *Les troubles graves de la personnalité*, Paris, PUF.

- Khair Badawi M.-T. (2008), Féminin, féminin/maternel : des constructions pour le dire, *Revue française de psychanalyse*, 5, 72, 1489-1496. (version longue, non synthétisée, transmise par l'auteur)
- Kindynis S., Fohwirth C., Gorceix A., Breton J. (1985), L'abord des transsexuels par les tests mentaux. A propos de 30 cas in Breton J., *Le transsexualisme : étude nosographique et médico-légale*, Paris, Masson, 77-94.
- Krafft-Ebing R. Von (1886), *Psychopathia sexualis*, Paris, Payot, 1958.
- Kraus C. (2000), La bicatégorisation par «sexe» à l'épreuve de la science : le cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les humains in Gardey D. & Löwy I., *L'Invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Editions des archives contemporaines/ Histoire des sciences, des techniques et de la médecine, 187-213.
- Kraus C. (2013), Études critiques du cerveau sexué, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3, Vol. 7, n° 3, 693-716.
- Kress-Rosen N. (1962), Introduction à la question du transsexualisme, *Le Discours psychanalytique*, 3, Paris, 13-17.
- Lacan J. (1962), Kant avec Sade in *Ecrits*, Paris, Seuil, 765-790.
- Lacan J. (1966a), Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je in *Ecrits*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (1966b), La signification du phallus in *Ecrits*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (1973a), *L'étourdit, Scilicet IV*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (1973b), *Télévision*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (1975), *Le séminaire, Livre XX, Encore*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (1998), *Le séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (2007), *Le séminaire, Livre XVIII, d'un discours qui ne serait pas du semblant*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (2011), *Le séminaire, Livre XIX, ...ou pire*, Paris, Seuil.
- Lacan J. (inédit), *Le séminaire, Livre IX, L'identification*, Paris Seuil.
- Lacan J. (inédit), *Le séminaire, Livre XXI les non-dupes errent*, Paris, Seuil.
- Laplanche J. (1987), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF.
- Laplanche J. (1992), La pulsion de mort dans la théorie de la pulsion sexuelle in *La révolution copernicienne inachevée*, Mayenne, Aubier, 273-286, p. 277.
- Laplanche J. (1997), La soi-disant pulsion de mort : une pulsion sexuelle, *Adolescence*, 15, 205-224.



## Bibliographie

- Laplanche J. (2007a), Le genre, le sexe, le sexual in *Sexual, la sexualité élargie au sens freudien*, Paris, PUF.
- Laplanche J. (2007b), Trois acceptations du mot "inconscient" dans le cadre de la Théorie de la séduction généralisée in *Sexual, la sexualité élargie au sens freudien*, Paris, PUF, 195-214.
- Laufer L. (2010), La fabrique du corps sexué, *Recherches en psychanalyse*, 2, (n° 10), p. 231-241.
- Lawrence A. A. (2006), Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder, *Archives of sexual behavior*, 35, 3, 263-278.
- Lawrence A. A. (2010), Proposed revisions to gender identity disorder diagnoses in the DSM-5, *Archives of sexual behavior*, published online, 20 october 2010.
- Lempière T., Féline A. et al. (1977), Le transsexualisme, in *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 191, 1996.
- Leuret F. (1834), *Fragments psychologiques sur la folie*, Crochard, Paris.
- Levy S. (1991), A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men, *Science*, 253, 1034-1037.
- Levy S. (1993), *The sexual brain*, Cambridge, MIT Press.
- Limentani A. (1989), The significance of Transsexualism in relation to some basic psychoanalytic Concepts, in *Between Freud and Klein*, London, Free Association Books, 113-154.
- Linhares A. (2005), Le sexe et l'informe, *Recherches en psychanalyse*, 1, 3, 43-52.
- Lothstein L. M. (1977), Psychopathology with patients with gender dysphoria syndromes, *Bull Meninger, Clinic*, 41, 563-582.
- Lothstein L. M. (1983), *Female-to-Male Transsexualism. Historical, Clinical and Theoretical Issues*, Boston, Routledge & Kegan Paul.
- Mahler M. (1975), *Psychose infantile - symbiose et individuation*, Paris, Payot, 2001.
- Marc C.C.H. (1840), De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-juridiciaries, Paris.
- Marcelli D. et Braconnier A. (1983), Les difficultés spécifiques de l'établissement de l'identité sexuelle, in *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson, 191-193, 1995.
- Marchand J.-B., Pelladeau E., Pommier F. (2014), Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame, *Evolution Psychiatrique*, accepté, juin 2014.
- McDougall J. (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Mayenne, Gallimard.
- McDougall J. (1996), *Eros aux mille-et-un visages*, Paris, Gallimard.
- Mercader P. (1994), *L'illusion transsexuelle*, Paris, L'Harmattan.

- Meyer-Bahlburg H. F. L. (2009), From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions, *Archives of sexual behavior*, published online 23 october 2009.
- Michel A. (2001), Le transsexuel : quel devenir ?, *Annales médico-psychologiques*, 159, 347-358.
- Michel A. et Mormont C. (2003), Transsexualisme et Rorschach : une revue de littérature, *Annales médico-psychologiques*, 161, 125-131.
- Michel A., Mormont C. (2004), Fuite dans l'imaginaire et dépendance : trait de personnalité ou défense opportuniste chez le transsexuel, *l'Encéphale*, 30, 2, 147-152.
- Michel A., Pedinielli J.-L. (2005), Vers une conceptualisation du transsexualisme, *Annales médico-psychologiques*, 163, 379-386.
- Michel A. (2006), *Les troubles de l'identité sexuée*, Paris, Armand Colin.
- Michel A. & Pedinielli J.-L. (2008), Demandes de transformations corporelles esthétiques et/ou sexuelles par la chirurgie : proximités et différences, *Pratiques psychologiques*, 14, 137-156.
- Millot C. (1983) *Horsexe : Essai sur le transsexualisme*, Paris, Point Hors Ligne.
- Money J. Hampson J. G. & Hampson J. L. (1955), Hermaphroditism : Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management, *Bulletin of John Hopkins Hospital*, 97, 284-300.
- Money J., Hampson J. G. & Hampson J. L. (1957), Imprinting and the establishment of gender role, *Archives of neurology and psychiatry*, 77, 333-336.
- Morel G. (2000), *Ambiguïtés sexuelles. Sexuation et psychose*, Paris, Anthropos.
- Mormont C. et Michel A. (1994), La demande transsexuelle : quels mécanismes ? (réflexion à partir de 28 Rorschach), *Acta psychiatrica Belgium*, 1, 110-116.
- Mormont C., Michel A., Wauthy J. (1995), Transsexualism and connection with reality: Rorschach data, *Rorschachiana*, 19, 172-187.
- Mormont C., Michel A., Frankignoul A. (2001), Anorexie mentale et transsexualisme, *Pratiques psychologiques*, 3, 25-36.
- Mormont C. et Michel A. (2002), Blanche-Neige était-elle transsexuelle ?, *l'Encéphale*, 28, 59-64.
- Nahon C. (2006), La trans-sexualité ou l'en-dehors des formes (défiguration, déformation, déchirement), *Cliniques méditerranéennes*, 74, 5-26.
- New York Daily News, *Un ex-GI devient une ravissante blonde*, 1<sup>er</sup> décembre 1952, première page.
- Noel F. (1840), *Dictionnaire Français-Latin*, Paris, Veuve Le Normant.

## Bibliographie

- Oppenheimer A. (1983), Le choc de la puberté : à propos de la demande de changement de sexe, *Adolescence*, 1, 309-318.
- Oppenheimer A. (1988), Ce serait beau d'être une femme in *Pouvoirs du négatif*, Paris, l'or de L'Atlante, Champ Vallon, 142-159.
- Oppenheimer A. (1992), Le désir de changer de sexe : un défi pour la psychanalyse ?, *Psychanalyse à l'université*, 17, 66, 117-134.
- Oppenheimer A. (1996), L'impossible droit in Czermak M., Frignet H. et al. , *Sur l'identité sexuelle, à propos du transsexualisme*, Paris, Association freudienne internationale.
- Oppenheimer A. (1997), La psychanalyse à l'épreuve du transsexualisme, *Perspectives psy*, 36, 4, 279-284.
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS (1977), Troubles de l'identité sexuelle in *Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 9<sup>e</sup> version (CIM 9)*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS (1993), Troubles de l'identité sexuelle in *Classification statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version (CIM 10)*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 390.
- Paoloni-Giacobino A. (2009), Transsexualité et études génétiques d'association : une base génétique à la transsexualité ?, *Revue médicale suisse*, 213, 5, 1629.
- PDM Task Force (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Silver Spring MD, Alliance of Psychoanalytic Organisations.
- Parola N. et al. (2010), Etude de la qualité de vie chez des transsexuels après réassignation sexuelle, *Sexologies*, 19, 24-28
- Person E. & Ovesey L. (1974a), The transsexual syndrome in males I. Primary transsexualism, *American journal of psychotherapy*, 28, 4-20.
- Person E. & Ovesey L. (1974b), The transsexual syndrome in males II. Secondary transsexualism, *American journal of psychotherapy*, 28, 174-193.
- Pfäfflin F. (2006), Research, research politics and clinical experience with transsexual patients in *Identity, gender, and sexuality 150 years after Freud*, London, Karnac books, International Psychoanalytical Association, 139-156, 2009.
- Pirlot G. et Cupa D. (2012), De la limite à la double limite : état-limite et folie privée in *André Green, les grands concepts psychanalytiques*, Paris, PUF, 93-100, p. 99-100.
- Pommier F. (2008), *L'extrême en psychanalyse*, Paris, Editions campagne première.
- Pommier F. (2010), L'extrême : une réponse entre psychose et fonctionnement limite in Chabert C. et coll., *Traité de psychopathologie de l'adulte : les psychoses*, Paris, Dunod, 3-56.
- Pommier F. (2009a), L'extrême in Marty F. et coll., *Les grandes problématiques en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 145-160.

- Pommier F. (2009b), De l'extrême à l'ordinaire : mouvements de déconstruction et de construction de la cure in sous la dir. de Pommier F., *Figures ordinaires de l'extrême*, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 115-137.
- Postel J. (1998), *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Paris, Larousse-Bordas, 439.
- Roiphe H. et Galenson E. (1981), *La naissance de l'identité sexuelle*, Paris, PUF, 1987.
- Roudinesco E. (2002), Psychanalyse et homosexualité : réflexions sur le désir pervers, l'injure et la fonction paternelle, entretien avec François Pommier, *Cliniques méditerranéennes*, 65, 7-34.
- Roussillon R. (1995), La métapsychologie des processus et transitionnalité, *Revue française de psychanalyse*, 59, 1375-1519.
- Rouyer V. (2007), *La construction de l'identité sexuée*, Paris, Armand Colin.
- Safouan M. (1974), Contribution à la psychanalyse du transsexualisme in *Etudes sur l'oedipe*, Paris, Le seuil, 74-97.
- Scherrer P. (1980), A propos du transsexualisme et de sa thérapeutique éventuelle, *Annales Médico-psychologiques*, 138, 453-461.
- Secchi B. (1998), Le transsexualisme : aspects psychanalytique, *Pratiques psychologiques*, 4, 79-90.
- Sironi F. (2011), *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Paris, Odile Jacob.
- Sollers P. (1979), *Le Nouvel Observateur*, 8 janvier 1979.
- Steinach E. (1912), Willkürliche umwandlung von säugetiermännchen in Tiere mit ausgeprägt weiblichen geschlechtscharateren und weiblicher psyche, *Pflügers archiv*, 144, 71.
- Stoller R. J. (1968), *Recherches sur l'identité sexuelle*, Paris, Gallimard, 1978.
- Stoller R. J. (1985), Presentations of gender, New Haven-London, Yale University Press, trad. franç., *Masculin ou féminin ?*, Paris, PUF, 1989.
- Swaab D. F., Flysers E. (1985), A sexually dimorphic nucleus in the human brain, *Science*, 228, 1112-1115.
- Vermeulen N. & al. (2005), Le test de Rorschach et la pensée opératoire dans l'approche théorique du transsexualisme, *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 387-393.
- Vidal C. & Benoit-Browaens D. (2005), *Cerveau, Sexe et Pouvoir*, Paris, Editions Belin.
- Westphal C. (1870), Die conträre sexuellempfindung, *Archiv für psychiatrie*, 2, 73-108. (L'inversion de la sensibilité sexuelle, *Archives de psychiatrie et des maladies nerveuses*).
- Winnicott D. W. (1971a), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1976.

## Bibliographie

Winnicott D. W. (1971b), Clivage des éléments masculins et féminins chez l'homme et chez la femme, in Pontalis J. B. et coll. (1973), *Bisexualité et différences des sexes*, Paris, Gallimard, 473-496, 1973.

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

Wittig M. (1973), *Le corps lesbien*, Paris, Minuit.

World Professional Association for Transgender Health, WPATH (2011), *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, seventh version*, p. 97. Traduction personnelle.

Zhou J.-N. & al. (1995), A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality, *Nature*, 377, 6552, 68-70.

## Références internet :

David-Ménard M., L'intérêt pour la psychanalyse dans les travaux de Judith Butler : entretien avec Livio Boni in *Revue mondiale des francophonies* [texte en ligne].

<http://mondesfrancophones.com/espaces/psyches/linteret-pour-la-psychanalyse-dans-les-travaux-de-judith-butler-entretien-avec-livio-boni/>

(page créée 19 novembre 2007, consultée le 12 novembre 2010).

Villeneuve S. (2006), Etre transsexuels en Iran : changer de sexe ou mourir, *Envoyé spécial*, France 2, diffusé le 18 mai 2006 [reportage vidéo en ligne].

<http://ma-tvideo.france2.fr/video/iLyROoaftukg.html>

(page créée 27 mai 2009, consultée le 6 novembre 2010).

Eshaghian T. (2009), Transsexuel en Iran, *Soirée société*, France 5, diffusé le 19 mai 2009 [reportage vidéo en ligne].

[http://www.dailymotion.com/video/x9etmd\\_transsexuel-en-iran-1ere-partie\\_news](http://www.dailymotion.com/video/x9etmd_transsexuel-en-iran-1ere-partie_news)

(page créée 27 mai 2009, consultée le 6 novembre 2010).



# INDEX THEMATIQUE

## A

- Approche déconstructiviste ..... 5, 112, 221, 224, 579, 582
- Approche structurale ..... 5,  
7, 54, 60, 158, 222, 224, 231, 246, 263, 280, 282, 284, 286, 287, 290, 293, 297, 298,  
300, 301, 335, 365, 371, 377, 384, 418, 467, 469, 527, 533, 537, 540, 546, 579, 582
- Approche transversale ..... V,  
5, 6, 8, 221, 224, 225, 231, 233, 234, 235, 263, 271, 539, 546, 547, 579, 582
- Aptitude à l'épreuve de réalité ..... 280, 287, 288, 290, 291, 295, 335, 336, 338, 365,  
366, 367, 368, 369, 370, 377, 378, 379, 380, 385, 386, 387, 393, 400, 402, 404, 408,  
409, 412, 418, 420, 427, 437, 469, 488, 509, 517, 527, 530, 533, 534, 537, 540, 541
- Autogynéphilie ..... 88, 100, 414

## B

- Bisexualité ..... II, 14, 36, 45, 48, 49, 50, 53, 62, 63,  
64, 67, 97, 100, 131, 152, 156, 162, 241, 303, 304, 428, 438, 441, 457, 554, 556, 563
- Bisexuation ..... 64, 241, 242, 248, 249, 353, 534, 542, 543, 546

## C

- Cerveau sexué ..... I, 18, 22, 29, 105, 110, 545, 558

## D

- Déconstructivisme ..... 222, 546
- Différence des sexes ..... III, 12, 17, 24, 25,  
39, 44, 47, 53, 54, 60, 63, 64, 66, 67, 69, 70, 92, 117, 125, 126, 152, 153, 162, 221,  
229, 241, 255, 285, 306, 312, 369, 370, 375, 376, 377, 381, 396, 399, 412, 419, 420,  
421, 427, 453, 457, 474, 477, 478, 479, 487, 496, 505, 506, 516, 534, 543, 544
- Double limite ..... 4, 226, 227, 229, 242, 557, 561
- Dysphorie de genre ..... III, 50, 83, 84, 87, 88, 89, 128, 559

## E

- Extrême ..... V, 5, 6, 8, 50,  
114, 162, 205, 206, 207, 224, 225, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 240, 241, 242, 243,  
249, 250, 258, 263, 267, 268, 295, 325, 334, 338, 347, 349, 353, 377, 384, 392, 399,  
409, 417, 419, 421, 428, 437, 445, 452, 453, 460, 467, 469, 480, 488, 491, 497, 498,  
507, 517, 528, 529, 533, 534, 538, 540, 541, 544, 546, 547, 554, 561, 562, 579, 582

**F**

- Fantasme du genre neutre ..... II, 61, 62, 152, 229, 369, 370, 376, 412, 417, 418, 420, 544, 546  
 Féminin vers masculin ..... IV, 5, 75, 79, 91, 95, 96, 98, 133, 138, 169, 189, 195, 257, 274  
 FTM ..... VII, 103, 179, 189, 190, 195, 203, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 255, 257

**G**

- Gender studies ..... 31, 32, 37, 38, 112, 113, 126, 545  
 Genre ..... III, IV, VII, VIII, I, II, III, IV, 11, 12, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 51, 52, 53, 61, 62, 63, 67, 68, 69, 70, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 102, 103, 105, 107, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 132, 138, 144, 146, 149, 150, 153, 221, 224, 241, 332, 333, 367, 368, 370, 374, 375, 376, 379, 394, 412, 416, 427, 434, 453, 545, 546, 552, 556, 559

**H**

- Hormonosubstitution ..... 102, 173, 176, 177, 186, 194, 198, 217, 370, 371

**I**

- Identité de genre ..... II, 5, 19, 42, 44, 50, 51, 52, 53, 70, 79, 87, 96, 128, 132, 133, 135, 143, 144, 146, 166, 180, 229, 255, 546, 552, 554, 556  
 Identité sexuée ..... 1, VIII, II, IV, V, 3, 5, 7, 8, 12, 13, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 30, 40, 45, 47, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 74, 77, 92, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 122, 125, 130, 134, 135, 139, 151, 152, 156, 161, 162, 164, 168, 172, 173, 174, 178, 182, 183, 184, 185, 191, 195, 201, 202, 203, 204, 214, 221, 222, 234, 235, 240, 241, 242, 243, 248, 249, 255, 256, 257, 258, 263, 264, 267, 271, 275, 277, 278, 308, 368, 370, 373, 378, 380, 381, 382, 383, 384, 391, 392, 397, 398, 407, 409, 414, 418, 420, 480, 524, 538, 544, 545, 546, 547, 553, 560, 562, 579, 582  
 Incongruence de genre ..... III, 84, 86, 87, 88, 348  
 Inconscient amental ..... 6, 8, 240, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 258, 267, 268, 334, 336, 337, 338, 364, 375, 377, 384, 392, 399, 408, 419, 421, 428, 437, 453, 460, 467, 469, 479, 488, 498, 507, 517, 528, 533, 539, 540, 544, 546, 579, 582  
 Intégration de l'identité ..... 8, 280, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 295, 296, 334, 336, 337, 338, 365, 369, 371, 377, 380, 387, 391, 395, 404, 412, 420, 427, 428, 437, 444, 467, 468, 538, 540  
 Intersexuation ..... 29, 70, 84, 86, 105, 108



## Index

### L

Limite ..... II, III IV, V, 4, 5, 6, 11, 22, 37, 40, 41, 52, 53, 57, 87, 92, 111, 113, 115, 125, 126, 128, 134, 135, 136, 137, 147, 156, 157, 164, 183, 184, 197, 202, 204, 205, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 234, 235, 236, 238, 256, 257, 264, 268, 276, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 298, 300, 306, 307, 315, 327, 335, 338, 356, 358, 359, 362, 363, 364, 367, 370, 377, 380, 384, 387, 392, 394, 398, 399, 400, 403, 408, 412, 415, 419, 421, 426, 427, 432, 434, 436, 440, 441, 444, 445, 452, 453, 454, 456, 458, 459, 460, 461, 463, 465, 466, 467, 469, 471, 478, 479, 481, 482, 484, 487, 488, 489, 490, 492, 493, 496, 497, 498, 499, 501, 505, 506, 508, 509, 515, 516, 517, 518, 520, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 532, 533, 534, 537, 539, 541, 545, 546, 547, 554, 555, 557, 561, 579, 582

### M

Masculin vers féminin ..... III, 5, 6, 75, 79, 91, 95, 98, 99, 106, 132, 134, 138, 139, 169, 187, 192, 194, 257, 274, 329, 349, 350, 353, 579, 582

Mélancolie de genre ..... I, IV, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 112, 123, 124, 125, 241, 545

MMPI-2 ..... VI, VII, 7, 8, 159, 169, 218, 258, 271, 275, 280, 281, 317, 319, 321, 322, 326, 335, 338, 339, 341, 346, 347, 348, 349, 350, 352, 354, 356, 363, 364, 365, 420, 423, 530, 533, 537, 538, 539, 540, 542, 544, 545, 547, 555, 556, 579, 580, 581, 582

MTF ..... VII, 161, 187, 188, 190, 192, 193, 195, 203, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 255, 400, 540

### P

Processus de pensée ..... 8, 280, 300, 315, 337, 338, 422, 424, 428, 436, 437, 440, 443, 444, 445, 447, 450, 451, 453, 456, 459, 460, 468, 540, 541

Pulsion sexuelle de mort ..... 6, 233, 237, 241, 249, 258, 263, 267, 268, 336, 337, 338, 364, 375, 377, 384, 392, 393, 399, 408, 419, 421, 427, 437, 445, 453, 460, 467, 468, 469, 479, 488, 498, 507, 517, 528, 533, 539, 541, 542, 544, 546, 579, 582

### Q

Queer ..... 102, 112, 554

### R

Réalisation pulsionnelle par la perception ..... V, 6, 225, 232, 242, 247, 249, 258, 263, 268, 334, 339, 375, 378, 384, 393, 399, 408, 419, 421, 460, 468, 469, 470, 480, 488, 497, 506, 516, 527, 530, 534, 541, 542, 543, 547, 579, 582

Réassignation sexuelle ..... VIII, 76, 89, 102, 103, 157, 171, 173, 177, 178, 183, 186, 190, 191, 192, 193, 195, 210, 211, 214, 217, 250, 278, 360, 405, 411, 415, 480, 506, 545, 561

## S

- Sexual ..... 17, 23, 44, 45, 67, 68, 69,  
84, 86, 87, 112, 127, 168, 234, 237, 241, 263, 408, 453, 554, 555, 559, 560, 580, 581
- Sexualité ..... VII, II, III,  
4, 12, 22, 26, 35, 36, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 53, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 89, 92, 93,  
94, 127, 130, 149, 154, 213, 237, 241, 248, 249, 312, 313, 372, 381, 389, 390, 402,  
403, 404, 405, 408, 411, 414, 415, 420, 478, 481, 505, 512, 516, 555, 559
- Sexuation .....VII, I, II, V, 6, 11, 12, 14, 15, 17, 18,  
30, 44, 47, 49, 54, 57, 58, 60, 63, 64, 105, 135, 136, 142, 143, 144, 146, 153, 224, 230,  
234, 235, 241, 242, 248, 249, 255, 267, 369, 375, 377, 442, 444, 505, 546, 547, 560
- Sexué ..... VIII, 5, 11, 12, 13, 18, 29, 44, 45, 52, 58, 64, 67, 69, 70,  
74, 75, 85, 91, 94, 102, 105, 109, 112, 125, 127, 151, 162, 168, 172, 178, 221, 229,  
241, 242, 248, 249, 255, 257, 267, 347, 351, 352, 427, 442, 444, 445, 530, 546, 559
- Sexuel ..... III, II, V, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 40, 43, 44, 45,  
46, 47, 54, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 66, 89, 130, 137, 141, 145, 207, 210, 213, 214, 218,  
232, 233, 236, 237, 240, 241, 243, 246, 248, 249, 267, 274, 304, 336, 337, 389, 391,  
392, 399, 401, 403, 406, 408, 409, 412, 414, 419, 421, 425, 427, 453, 460, 465, 466,  
467, 469, 477, 480, 487, 505, 507, 514, 517, 524, 528, 539, 542, 554, 555
- Sexuel post-moderne ..... 4, 554
- Structuralisme ..... 222, 546

## T

- Tabou de l'homosexualité ..... 33, 35, 36, 38, 123, 124, 125, 241
- Tabou de l'inceste ..... 33
- TAT ..... VI, VIII, 7, 8, 166, 218, 258,  
271, 280, 281, 297, 305, 307, 308, 315, 316, 317, 337, 338, 339, 430, 470, 505, 507,  
516, 530, 532, 533, 538, 539, 540, 541, 543, 544, 545, 552, 579, 580, 581, 582
- Test du rorschach ..... VI, VII, 7, 8, 159, 217, 280, 297, 298, 299, 302,  
307, 316, 317, 337, 338, 339, 422, 423, 436, 453, 461, 468, 469, 470, 471, 516, 530,  
531, 533, 537, 538, 540, 541, 543, 545, 551, 552, 553, 579, 580, 581, 582
- TFM ..... VII, 91, 95, 96, 97, 98, 99, 133, 139, 156, 157, 161, 162, 166, 167, 169, 544
- THC ..... VIII, III, IV, V, 3, 4, 5, 6, 8, 73, 87, 88, 90, 115, 117, 118,  
119, 120, 121, 125, 126, 141, 145, 146, 149, 150, 153, 157, 158, 163, 164, 167, 168,  
169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186,  
191, 194, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214,  
215, 216, 217, 218, 222, 223, 224, 228, 229, 234, 235, 242, 249, 256, 257, 258, 259,  
260, 263, 264, 267, 268, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 279, 285, 293, 317, 339, 353,  
364, 366, 370, 378, 383, 384, 385, 392, 394, 395, 398, 399, 400, 402, 403, 404, 405,  
407, 408, 409, 417, 418, 419, 421, 469, 480, 497, 506, 516, 527, 530, 531, 534, 541,  
542, 543, 544, 546, 547, 579, 581, 582

## Index

Thematic Apperception Test .....	VI, VIII, 7, 280, 305, 470, 528
TMF .....	VIII, 91, 92, 96, 98, 100, 133, 139, 151, 156, 157, 160, 162, 166, 167, 168, 169
Transformation hormonale et chirurgicale .....	1, 579, 582
Transgenderism .....	31, 121, 275, 348, 353, 376, 552
Transgenre .....	VIII, III, IV, 31, 89, 101, 102, 103, 113, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 274, 373, 378, 412, 415, 418, 420, 552
Transsexualisme .....	1, VIII, 135, 150, 154, 160, 177, 553, 557, 560, 579, 582
Transsexualisme primaire .....	III, 99, 100, 145, 155
Transsexualisme secondaire .....	III, 99, 100
Trans-sexualité .....	241, 555, 560
Transsexuel .....	VII, VIII, 85, 102, 120, 153, 175, 400, 560, 563
Transvestisme .....	3, 74, 76, 77, 78, 81, 82, 89, 100, 102, 128, 129, 159, 181, 556
Travestisme .....	82
Troisième topique .....	V, 6, 225, 227, 232, 235, 242, 243, 246, 247, 248, 267, 336, 547, 552, 554, 579, 582
Trouble de l'identité sexuelle .....	III, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 102



# INDEX ONOMASTIQUE

## A

Abraham F. ....	78, 551
Aceituno R. ....	127, 551
Alby J.-M. ....	4, 74, 77, 94, 98, 128, 135, 137, 138, 139, 150, 551
Allen L. S. ....	20, 105, 557
American Psychiatric Association .....	75, 79, 82, 83, 102, 171, 551
Anzieu D. ....	92, 551
APA .....	VIII, III, 75, 79, 80, 82, 83, 86, 87, 101, 102, 112, 113, 117, 215, 273, 551
Arnold A. P. ....	20, 551
Azoulay C. ....	306, 317, 551, 555

## B

Beizmann C. ....	317, 551
Benjamin H. ....	VII, 3, 73, 74, 79, 171, 173, 175, 176, 551, 557
Benoit J.-C. ....	77, 128, 554
Benoit-Browaeys D. ....	17, 18, 562
Bergeret J. ....	371, 551
Berkovitch F. B. ....	20, 556
Bernard P. ....	IV, 107, 131, 555, 557
Berthon C. ....	79, 551
Bertrand M. ....	4, 552
Blanchard R. ....	88, 100, 414, 552
Bonierbale M. ....	165, 166, 210, 552
Bourdell M.-C. ....	159, 556
Bourseul V. ....	11, 552
Braconnier A. ....	64, 131, 552, 559
Brelet-Foulard F. ....	280, 305, 306, 307, 308, 313, 314, 316, 317, 552
Breton J. ....	129, 162, 552, 558
Brisset C. ....	131, 555
Brusset B. ....	IV, 227, 453, 547, 552

Butler J. .... I, 30, 32, 33, 34,  
35, 36, 37, 38, 112, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 241, 545, 552, 563

## C

Califia P. .... 31, 103, 112, 552

Castarède M.-F. .... 282, 283, 552

Castel P.-H. .... 78, 552

Cauldwell D. O. .... 74, 552

Chabert C. .... 6, 7, 124,  
158, 238, 280, 297, 299, 305, 306, 307, 308, 313, 314, 316, 317, 552, 553, 554, 561

Charcot J.-M. .... 43, 130, 553

Chasseguet-Smirgel J. .... 150, 553

Chiland C. .... IV, VII, II, 4, 11, 12,  
20, 23, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 63, 64, 65, 66, 67, 90, 92, 93, 97, 100, 101, 102, 108,  
110, 111, 128, 149, 154, 155, 156, 157, 174, 201, 205, 223, 242, 255, 282, 552, 553

Clervoy P. .... 234, 553

Cohen-Kettenis P. T. .... 80, 84, 85, 211, 554

Cole C. M. .... 168, 554

Cordier B. .... 129, 159, 552, 556

Cournut J. .... 64, 554

Coussinoux S. .... 159, 165, 168, 554, 556

Cupa D. .... III, 4, 227, 554, 561

Czermak M. .... 128, 140, 141, 143, 145, 146, 147, 148, 554, 561

## D

David-Ménard M. .... 34, 563

Dejours C. .... V, 6, 225, 232, 233, 234, 235, 238, 239, 240, 242, 243,  
244, 246, 247, 248, 250, 258, 263, 267, 268, 334, 336, 417, 497, 544, 547, 554

Delay J. .... 77, 128, 135, 554

Deniker P. .... 77, 128, 554

Dennis C. .... 17, 107, 110, 554

Diamond M. .... 12, 19, 27, 28, 29, 105, 554

Diatkine G. .... 229, 546, 554

Donnet J. L. .... 152, 556

Dor J. .... 97, 98, 99, 138, 139, 143, 554

## Index

Drescher J. .... 85, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 554, 563  
DSM ..... III, IV, 23, 75, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89,  
102, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 171, 181, 259, 273, 551, 554, 559, 563

## E

ECPA ..... 7, 318, 319, 320, 321, 322, 347, 349, 555  
Emmanuelli M. .... 306, 317, 551, 555  
Eshaghian T. .... 120, 563  
Esquirol J. E. D. .... 77, 555  
Estellon V. .... III, 94, 137, 241, 295, 555  
Ey H. .... 131, 555

## F

Fautrat P. .... 89, 90, 555  
Féline A. .... 132, 559  
Ferenczi S. .... 130, 131, 139, 140, 555  
Fisk N. M. .... 128, 555  
Fleming M. .... 168, 555  
Fliess W. .... 48, 555  
Flyers E. .... 21, 24, 106, 562  
Fohwirth C. .... 162, 558  
Foyentin I. .... 148, 555  
Freud S. .... II,  
IV, 4, 11, 36, 37, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 58, 64, 92, 114, 120, 128, 129,  
130, 131, 134, 140, 142, 228, 231, 236, 237, 255, 315, 552, 555, 556, 559, 561  
Frignet H. .... 128, 141, 142, 143, 554, 556, 561

## G

Galenson E. .... 51, 562  
Gallarda T. .... 103, 159, 556  
Geissmann P. .... 139, 140, 557  
Gómez-Gil E. .... 169, 556  
Gorceix A. .... 128, 162, 231, 268, 419, 497, 556, 558  
Gorin-Lazard A. .... 180, 181, 182, 183, 556  
Gorski R. A. .... 20, 105, 551, 557  
Goy R. W. .... 20, 556

Green A. .... II, V, 4, 6, 24, 45, 61, 62, 63, 110, 111, 115, 152, 153, 156, 208,  
225, 226, 227, 228, 229, 230, 235, 236, 238, 242, 369, 546, 547, 554, 556, 557, 561

Greenberg R. P. .... 166, 556

**H**

Hampson J. G. & J. L. .... 25, 560

Hare L. .... 107, 110, 557

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association ..... VII, 175, 176, 557

HAS ..... VII, 79, 80, 173, 176, 187,  
188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 210, 258, 557

Haute Autorité de Santé ..... VII, 79, 80, 176, 258, 557

HBIGDA ..... VII, 101, 175, 176, 185, 194, 198, 202, 218, 557

Herd G. .... 38, 557

Hines M. .... 20, 105, 557

Hirschfeld M. .... 74, 78, 130, 131, 172, 557

Hubert H. .... IV, 135, 557

**I**

IGAS ..... VII, 258, 557

Inspection Générale des Affaires Sociales ..... VII, 258, 557

Israël L. .... 139, 140, 557

**J**

Jacques J.-P. .... 147, 148, 557

Jorgensen C. .... 3, 73, 76, 78, 79, 171, 172, 173, 557

**K**

Karasic D. .... 85, 563

Kernberg O. .... 7, 129, 155, 158, 160, 257, 280, 282, 284, 286,  
287, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 334, 335, 365, 377, 392, 444, 497, 533, 537, 557

Khair Badawi M.-T. .... III, 134, 558

Kindynis S. .... 162, 558

Krafft-Ebing R. Von ..... 74, 130, 143, 145, 558

Kraus C. .... 29, 558

Kress-Rosen N. .... 98, 558



## Index

### L

- Lacan J. .... II, 44, 45, 54, 55,  
56, 57, 58, 59, 60, 61, 92, 135, 136, 137, 138, 140, 142, 143, 145, 146, 147, 156, 558
- Laplanche J. .... II, V, 6, 44, 45, 67,  
68, 69, 127, 225, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 258, 263, 267, 544, 547, 558, 559
- Laufer L. .... IV, 29, 559
- Laurence L. A. .... 166, 556
- Lawrence A. A. .... 87, 88, 234, 559
- Lempérière ..... 77
- Lempérière T. .... 128, 554
- Lempière T. .... 132, 559
- Leuret F. .... 77, 559
- Levay S. .... 21, 22, 23, 24, 106, 110, 559
- Limentani A. .... 128, 559
- Linhares A. .... 235, 559
- Lothstein L. M. .... 97, 151, 559
- Luton J.-P. .... 159, 556

### M

- Magnan M. .... 130, 553
- Mahler M. .... 51, 559
- Marc C. C. H. .... 77, 559
- Marcelli D. .... 131, 559
- Marchand J.-B. .... I, IV, 89, 222, 537, 559
- McBair M. C. .... 20, 556
- McDougall J. .... 66, 127, 204, 559
- Mercader P. .... 93, 153, 154, 559
- Meyer-Bahlburg H. F. L. .... 86, 560
- Michel A. .... IV, 13, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 172, 173, 174, 175,  
179, 185, 201, 202, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 234, 256, 560
- Millot C. .... 92, 146, 147, 560
- Money J. .... VII, I, 25, 26, 27, 28, 29, 50, 52, 560
- Morel G. .... 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 560
- Mormont C. .... 160, 161, 162, 163, 164, 560

**N**

Nahon C. ....	241, 560
Naudin J. ....	234, 553
Noel F. ....	11, 560

**O**

Olié J. P. ....	159, 556
OMS .....	III, 75, 79, 80, 81, 82, 561
Oppenheimer A. ....	4, 90, 128, 149, 150, 153, 205, 222, 561
Organisation Mondiale de la Santé .....	75, 79, 81, 171, 172, 561
Ovesey L. ....	100, 151, 155, 561

**P**

Paoloni-Giacobino A. ....	109, 110, 561
Parola N. ....	210, 561
PDM .....	III, 88, 89, 561
Pedinielli J.-L. ....	172, 234, 560
Pelladeau E. ....	V, 89, 559
Person E. ....	100, 151, 155, 561
Pfäfflin F. ....	84, 85, 120, 209, 217, 554, 561
Pirlot G. ....	227, 561
Pommier F. ....	III, V, 6, 35, 89, 113, 205, 206, 225, 230, 231, 232, 234, 235, 240, 250, 258, 263, 267, 268, 419, 452, 497, 544, 547, 554, 559, 561, 562
Postel J. ....	75, 562

**R**

Roiphe H. ....	51, 562
Roudinesco E. ....	35, 113, 114, 130, 562
Roussillon R. ....	547, 562
Rouyer V. ....	30, 562

**S**

Safouan M. ....	140, 562
Sánchez F. J. ....	107, 557
Scherrer .....	129
Scherrer P. ....	562

## Index

Secchi B. ....	151, 562
Sigmundson H.K. ....	27, 28, 554
Sironi F. ....	112, 121, 122, 126, 159, 562
Sollers P. ....	38, 562
Steinach E. ....	78, 172, 562
Stoller R. J. ....	II, IV, 12, 45, 50, 51, 52, 53, 62, 63, 75, 91, 96, 99, 100, 101, 104, 115, 128, 129, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 143, 144, 145, 146, 149, 151, 157, 545, 562
Swaab D. F. ....	21, 24, 106, 562

## V

Vautier V. ....	234, 553
Vermeulen N. ....	164, 562
Vidal C. ....	17, 18, 22, 24, 108, 109, 111, 562
Villeneuve S. ....	120, 563

## W

Westphal C. ....	130, 562
Winnicott D. W. ....	65, 67, 155, 298, 562, 563
Winters K. ....	85, 563
Wittig M. ....	31, 563
World Professional Association for Transgender Health .....	VIII, 102, 563
WPATH .....	VII, VIII, 101, 102, 117, 175, 176, 185, 198, 200, 202, 203, 204, 205, 218, 563

## Z

Zhou J.-N. ....	20, 106, 563
-----------------	--------------



## RESUME

**Objectif et problématique :** Le transsexualisme ainsi que son traitement par la transformation hormonale et chirurgicale (THC) sont des phénomènes au carrefour de toutes les limites : corps, subjectivité, société, psyché... Face au constat de cette complexité, partant des approches structurale et déconstructiviste, cette thèse a pour objectif de définir et proposer une nouvelle approche « transversale » du transsexualisme, et dans la continuité de celle-ci de l'identité sexuée, avec les éléments de la théorie psychanalytique que sont la pulsion sexuelle de mort, la troisième topique de l'Inconscient clivé, la réalisation pulsionnelle par la perception et la clinique de l'extrême et de l'ordinaire.

**Matériel et méthode :** Sur un échantillon de six sujets transsexuels masculin vers féminin ayant actuellement recours ou ayant eu recours à la THC depuis plus de deux ans, nous avons analysé les résultats à un entretien clinique inspiré de l'approche structurale, aux tests projectifs du rorschach et du TAT selon l'école projectiviste de Paris Descartes, ainsi qu'au MMPI-2. Nos trois hypothèses sont que la problématique identitaire transsexuelle renverrait à la pulsion sexuelle de mort, à l'Inconscient amential et à la clinique de l'extrême, puis que la THC aurait le potentiel d'agir telle une réalisation pulsionnelle par la perception.

**Résultats :** Les résultats valident les deux premières hypothèses sur la pulsion sexuelle, l'Inconscient amential et la clinique de l'extrême, mais pas celle sur la réalisation pulsionnelle par la perception.

**Conclusion et discussion :** Ces résultats montrent l'intérêt d'une approche transversale pour appréhender un phénomène limite comme le sont le transsexualisme et l'identité sexuée qui se voient éclairés par les éléments théoriques transversaux proposés (pulsion sexuelle de mort, Inconscient amential et clinique de l'extrême). Concernant, les effets de la THC au niveau psychique, il semble nécessaire de poursuivre notre investigation, la réalisation pulsionnelle par la perception ayant été validée chez un de nos deux sujets ayant terminé la THC depuis plus de deux ans, mais exclue chez l'autre.

**Mots-clés :** Transsexualisme, Approche transversale, Identité sexuée, Corps, Subjectivité, Transformation hormonale et chirurgicale

## **ABSTRACT**

**Objective and problematic:** the transsexualism as well as its treatment by the hormonal and surgical sex reassignment are phenomena in the crossroads of all the limits: body, subjectivity, society, psyche ... In front of this complexity, running with the approaches structural and deconstructivist, this thesis has for objective to define and to propose a new "transversal" approach of the transsexualism, and in the continuity of this one of the sexed identity, with the elements of the psychoanalytical theory that are the sexual death drive, the third topical of the splitted Unconscious, the impulsive realization by the perception and the clinical of the extreme and the ordinary.

**Material(Equipment) and method:** on sample of six subjects transsexuals male to female resorting at present or having resorted to the sex reassignment for more than two years, we analyzed the results in a clinical interview inspired by the structural approach, in the projective tests of the rorschach and the TAT according to the projectivist method of Paris Descartes, as well as in the MMPI-2. Our three hypotheses are that the transsexual identity problematic would send back to the sexual death drive, to the amental Unconscious and to the clinical of the extreme, then that the sex reassignment would have the potential to act such as an impulsive realization by the perception.

**Results:** the results validate both first ones hypothesis on the sex drive, the amental Unconscious and the clinical of the extreme, but not that one on the impulsive realization by the perception.

**Conclusion and discussion:** these results show the interest of a transversal approach to dread a phenomenon borderline as are it the transsexualism and the sexed identity which see each other lit by the transversal theoretical proposed elements (sexual death drive, amental Unconscious and private hospital of the extreme). Concerning, the effects of psychic sex reassignment at the level, it seems necessary to pursue our investigation, the impulsive realization by the perception has been validated to one of our subject but excluded to the other one.

**Keywords :** Transsexualism, Transversal approach, Sexed Identity, Body, Subjectivity, Hormonal and surgical sex reassignment

## RESUMEN

**Objetivo y problemático:** el transexualismo así como su tratamiento por la transformación hormonal y quirúrgica son fenómenos en la encrucijada de todos los límites: cuerpo, subjetividad, sociedad, psique ... Frente al acta de esta complejidad, por lo tanto enfoques estructural y deconstructiviste, esta tesis tiene como objetivo definir y proponer un nuevo enfoque "transversal" del transexualismo, y en la continuidad de ésta de la identidad sexuada, con los elementos de la teoría psicoanalítica que son el deseo sexual de muerte, el tercer tópico del Inconsciente hendido, la realización instintiva por la percepción y la clínica del extremo y del ordinario.

**Material y método:** sobre una muestra de seis sujetos transexuales masculinos hacia femenino actualmente recurriendo o habiendo recurrido a la transformación hormonal y quirúrgica desde más de dos años, analizamos los resultados a un mantenimiento clínico inspirado del enfoque(aproximación) estructural, a las pruebas proyectivas del rorschach y del TAT según la escuela proyectivista de París Descartes, así como en el MMPI-2. Nuestras tres hipótesis son que la problemática identitaria transexual reenviaría el pulsión sexual de muerte, el Inconsciente amental y la clínica del extremo, luego que la transformación hormonal y quirúrgica tendría el potencial de actuar tal una realización instintiva por la percepción.

**Resultados:** los resultados validan ambas primeras hipótesis sobre el pulsión sexual, el Inconsciente amental y la clínica del extremo, pero no la sobre la realización instintiva por la percepción.

**Conclusión y discusión:** estos resultados muestran el interés de un enfoque transversal para aprehender un fenómeno limita como lo son el transexualismo y la identidad sexuada que se ven alumbrados por los elementos teóricos transversales propuestos (pulsión sexual de muerte, Inconsciente amental y clínica del extremo). Concerniendo, los efectos del THC al nivel psíquico, parece necesario perseguir nuestra investigación, la realización instintiva por la percepción que ha sido validada en casa de de nuestros sujeto pero excluida en la otra.

**Palabras distintos:** Transexualismo, Enfoque transversal, Identidad sexuada, Cuerpo, Subjetividad, Transformación hormonal y quirúrgica

**Jean-Baptiste MARCHAND**

## **Traversée vers l'autre identité sexuée**

*Transformation hormonale et chirurgicale et fonctionnement psychique*

**Objectif et problématique :** Le transsexualisme ainsi que son traitement par la transformation hormonale et chirurgicale (THC) sont des phénomènes au carrefour de toutes les limites : corps, subjectivité, société, psyché... Face au constat de cette complexité, partant des approches structurale et déconstructiviste, cette thèse a pour objectif de définir et proposer une nouvelle approche « transversale » du transsexualisme, et dans la continuité de celle-ci de l'identité sexuée, avec les éléments de la théorie psychanalytique que sont la pulsion sexuelle de mort, la troisième topique de l'Inconscient clivé, la réalisation pulsionnelle par la perception et la clinique de l'extrême et de l'ordinaire.

**Matériel et méthode :** Sur un échantillon de six sujets transsexuels masculin vers féminin ayant actuellement recours ou ayant eu recours à la THC depuis plus de deux ans, nous avons analysé les résultats à un entretien clinique inspiré de l'approche structurale, aux tests projectifs du rorschach et du TAT selon l'école projectiviste de Paris Descartes, ainsi qu'au MMPI-2. Nos trois hypothèses sont que la problématique identitaire transsexuelle renverrait à la pulsion sexuelle de mort, à l'Inconscient amential et à la clinique de l'extrême, puis que la THC aurait le potentiel d'agir telle une réalisation pulsionnelle par la perception.

**Résultats :** Les résultats valident les deux premières hypothèses sur la pulsion sexuelle, l'Inconscient amential et la clinique de l'extrême, mais pas celle sur la réalisation pulsionnelle par la perception.

**Conclusion et discussion :** Ces résultats montrent l'intérêt d'une approche transversale pour appréhender un phénomène limite comme le sont le transsexualisme et l'identité sexuée qui se voient éclairés par les éléments théoriques transversaux proposés (pulsion sexuelle de mort, Inconscient amential et clinique de l'extrême). Concernant, les effets de la THC au niveau psychique, il semble nécessaire de poursuivre notre investigation, la réalisation pulsionnelle par la perception ayant été validée chez un de nos deux sujets ayant terminé la THC depuis plus de deux ans, mais exclue chez l'autre.

**Mots-clés :** Transsexualisme, Approche transversale, Identité sexuée, Corps, Subjectivité, Transformation hormonale et chirurgicale

**Title : Crossing to the other sexed identity**

*Sexed identity, Transsexualism, Hormonal and surgical sex reassignment and transversal approach of psychic functioning*

**Keywords :** Transsexualism, Transversal approach, Sexed Identity, Body, Subjectivity, Hormonal and surgical sex reassignment

**Psychologie clinique et Psychopathologie**

Equipe d'Accueil CLIPSYD – EA 4430

Approche Psychopathologie et Psychanalyse – A2P

UNIVERSITE PARIS OUEST – NANTERRE LA DEFENSE

200, avenue de la République